ANNÉE — Nos 17 et 18. — 10 et 25 SEPTEMBRE 1904

LA Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

OPHTHALMOLOGICAL LIBRARY NOV 4 1904

PRIX DE L'ABONNEMENT
France et Colonies. 10 fr.
Étranger..... 12 fr.
Les 2 éditions (France et Allemagne)..... 18 fr.
Les autres pays..... 20 fr.
Le numéro : 50 centimes
Tout livre ou mémoire dont il sera envoyé deux exemplaires sera analysé.

Publié à **PARIS** *par les Docteurs*
Jocqs & Darier
43, rue Taitbout. 5, rue Saint Benoît.
ET A
STUTTGART
PAR
LE PROF. **KÖNIGSHÖFER** et LE PROF. **RAEHLMAN**

ADMINISTRATION
ET
ABONNEMENTS
9, rue Buffault, PARIS

Annonces : 50 centimes la ligne.
Tout auteur d'un article original aura droit à dix exemplaires du numéro correspondant.

LYCETOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la **diathèse urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES**, etc. Dose : de 4 à 8 mesures par jour dans un verre d'eau. — Pharmacie VICARIO, 17, Boul[t] Haussmann, PARIS.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

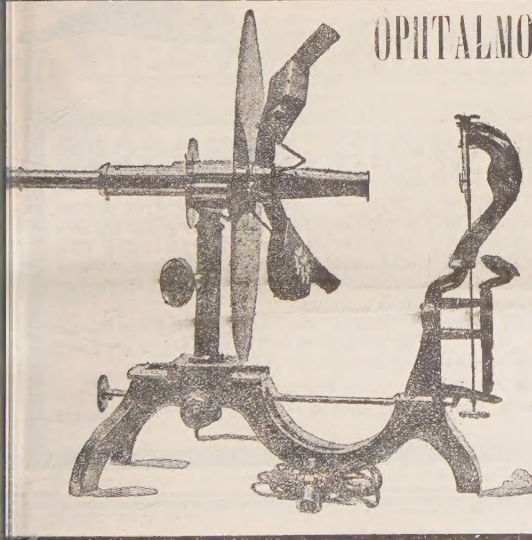
En flacons de 30 et de 60 grammes scellés à la lampe.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Dyspepsies. VIN DE CHASSAING. pepsine et diasthase. *Vim. des enf.*, PHOSPATINE FALLIÈRES *constipat.* POUDRE LAXATIVE DE VICHY.

LES PILULES DE
QUASSINE FREMINT
contiennent chacune 0 gr. 02 de **Quassine amorphe pure**. 1 ou 2 pilules avant chaque repas relèvent les forces en augmentant l'appétit et l'assimilation ; très efficaces contre **Anasarque, Anorexie, Atonie de l'intestin** (*Diarrhée et Constipation rebelles*), **Coliques hépathiques et néphrétiques.** — **Le Flacon, 3 fr.**, *dans toutes les Pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

RÉNALINE FRANÇAISE
(Solution Chlorhydrique au 1/1000)
Le plus puissant des hémostatiques connus
Employée dans les Hôpitaux
Vente en Gros : 11, Rue Payenne — PARIS
SOCIÉTÉ FÉDÉRALE DES PHARMACIENS DE FRANCE



OPHTALMOMÈTRE MEYROWITZ
NOUVEAU MODÈLE
Précision garantie
INDISPENSABLE
A MM. LES OCULISTES
PERIMÈTRES
et Ophtalmoscopes
BOITES DE VERRES D'ESSAI
LUNETTES D'ESSAI
INSTRUMENTS pour OCULISTES
Exécution des ordonnances
E. B. MEYROWITZ
3, rue Scribe, PARIS

FRICTIONS HYDRARGYRIQUES
AMPOULES CHAUMEL
Dosées à 4 grammes de
LANOLINE HYDRARGYRIQUE
Couper le haut de la capsule et en faire sortir le contenu par simple pression.
Échantillon gratis
CHAUMEL, Rue Lafayette, 87, Paris

VASOGÈNES
Dissolvants des produits médicamenteux
Absorption rapide, efficacité remarquable.
IODOSOL (Vasogène iodé à 6 %)
VENTE EN GROS : 11, rue Payenne
Société Fédérale des Pharmaciens de France.

ELIXIR IODOTANNIQUE
Le plus agréable au goût, le plus stable et le mieux supporté. Le meilleur médicament remplaçant
L'HUILE DE FOIE DE MORUE
Facilement supporté par les Enfants et les Tempéraments les plus délicats. Recommandé dans l'Anémie, le Lymphatisme, la Faiblesse congénitale, la Gourme, etc. PRIX : 3 fr. 50.

MÉDAILLE d'ARGENT
Exposition Universelle ANVERS 1894
NALINE
Pharmacien de 1re Classe
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
SAINT-DENIS (Seine) FRANCE

COLLYRES ASEPTIQUES
Ampoule stérilisées inaltérables
à la **Cocaïne**, à l'**Ésérine**, à l'**Atropine** indispensables pour l'asepsie des opérations oculaires. PRIX DE LA BOÎTE : 2 francs.
PANSEMENTS ASEPTIQUES OCULAIRES
stérilisés par la vapeur à haute pression. — 2 boîtes suffisent pour une opération. LA BOÎTE : 2 fr.

ÉCRITS DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX ET CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
DÉPÔT GÉNÉRAL : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS. — DÉTAIL : *Toutes Pharmacies.*

RICINOSE GAUTHIER
Principe actif du Ricin. — Purgatif et laxatif.
Échantillons gratis.
Pharmacie GAUTHIER, rue Beaubourg

VALÉROBROMINE LEGRAND — NARCYL GRÉMY

ARGYROL ou Vitellinate d'argent

préparé par les Drs **A. C. BARNES** et **H. HILLE**

Ce nouveau sel d'argent a remplacé tous les autres dans les principales Cliniques oculaires d'Amérique et d'Europe.

Propriétés chimiques : L'Argyrol contient 30 % d'argent ; il ne coagule pas l'albumine et ne précipite pas les chlorures ; il n'est donc pas caustique, n'est pas décomposé par les sécrétions — il est soluble en toute proportion dans l'eau.

Dr **John E. Weeks** (de New-York) : « A l'infirmerie des maladies des yeux et d'oreilles de New-York, l'Argyrol à 30 % est employé en instillations toutes les 2 heures dans les cas graves d'ophtalmoblennorrhée. Les instillations sont faites moins souvent dans les cas bénins ou au déclin de l'affection. On n'observe aucune irritation, jusqu'ici tout au moins, ni aucune autre complication. L'ophtalmie des nouveau-nés nécessite rarement un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital quand elle est traitée par l'Argyrol.

Nous avons dans l'Argyrol un agent très puissant si ce n'est le plus puissant dans le traitement des conjonctivites purulentes, et le danger pour la vision est à peine à redouter si l'on applique vigoureusement le traitement avec des solutions fortes d'Argyrol.

L'Argyrol a également une grande valeur dans le traitement des dacryocystites ». (*Med. News*, 10 oct. 1903.)

Dr **C. R. Holmes**, de Cincinnati, vice-président de l'Association médicale américaine :

« J'ai trouvé que l'Argyrol était une acquisition précieuse dans le traitement des affections catarrhales de l'œil, du nez et de la gorge. Pour les maladies de la gorge et du nez, je l'emploie à la dose de 5 à 20 % suivant la gravité et la chronicité des cas. Dans les conjonctivites catarrhales les solutions à 2 et 5 % donnent de très bons résultats. Dans la conjonctivite granuleuse les solutions à 20 %, alternant avec d'autres topiques, sont d'un très bon effet.

Mode d'emploi et doses :

Dans la **conjonctivite purulente**, instillations généreuses de solutions à 25 %, toutes les 3 ou 4 h.

Dans les **conjonctivites catarrhales**, on répètera 3 fois par jour les instillations à 5 — 20 %.

Dans la **Dacryocystite**, injections de solutions de 10 à 25 %.

Les **inflammations post-opératoires** (cataracte, etc.) sont prévenues par des instillations à 20 %.

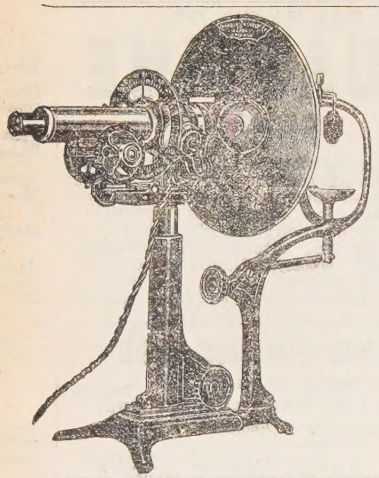
Dans le **trachome**, la solution à 25 % doit être appliquée en frictions sur la conjonctive. L'Argyrol ne colore pas la conjonctive.

Le flacon de 30 gr. : **8 francs.**

DÉPOTS :

Chez **Oswald GIRARD, 45, rue Bonaparte**, et **ROBERTS, 5, rue de la Paix, PARIS**, à la **Pharmacie Centrale de France et chez tous les pharmaciens.**

A Londres : chez **TASSET-JONHSON**, 32, Sow-Hnill.



ASTIGMATISME

déterminé et mesuré en 2 minutes avec la plus grande exactitude au moyen de l'Ophtalmomètre

CHAMBERS INSKEEP

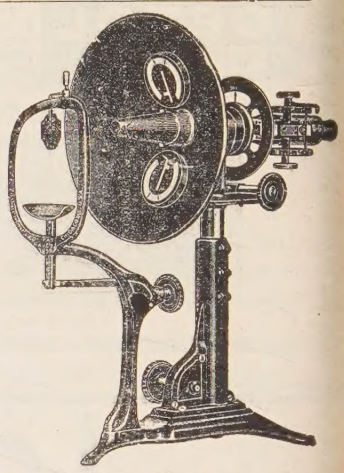
(Représentant pour la France : **C. KOCH**, 6, rue Martel.)

Pour tous renseignements s'adresser à :

J. ARNHOLD, OPTICIEN

PARIS, 13, Rue Auber, 13, PARIS

Grand choix de lunettes et pince-nez Américain



Les VÉRITABLES EAUX de

VICHY

ecnt les Sources de l'Etat français

ADMINISTRATION : 8, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

CÉLESTINS. Gravelle, Maladies de la Vessie

GRANDE-GRILLE. Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire.

HOPITAL. Maladies de l'Estomac.

Puisées sous la surveillance d'un Représentant de l'Etat

PASTILLES aux SELS NATURELS

Vendues en boîtes métalliques scellées par la Cie

BOITES : 1 FR., 2 FR. & 5 FR.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

CÉRÉBRINE

& (COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Liqueur agréable, de composition bien définie, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus.

(*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès*)

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Coliques menstruelles. Fl. 5fr et 3f

C. BROMÉE et **C. IODÉE** : Neurasthénie, Névroses, Névralgies diathésiques, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.

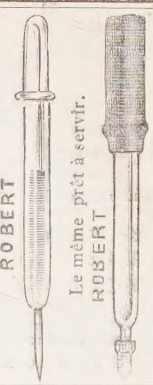
C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, Tic douloureux de la Face, Sciatique et autres rebelles *à tous traitements antérieurs.*

De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 6 f.

C. QUINA : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives : De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.

NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO

E. FOURNIER, 21, B. de St-Pétersbourg, Paris (Phie)



PRODUITS ROBERT STÉRILISÉS

BRÉVETÉS S. G. D. G.

37, rue de Bourgogne, PARIS

COLLYRES ASEPTIQUES

en tubes compte-gouttes scellés de 1 à 5 cc.

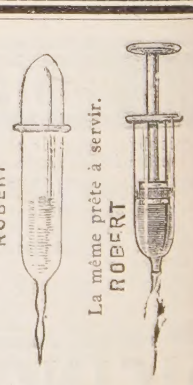
AMPOULES SERINGUES

permettant de faire l'injection sans le secours d'aucun instrument.

POMMADES OCULAIRES en tubes d'étain

Pansements oculaires, Catgut, Soies, etc.

CHLOROFORME OU CHLORAL



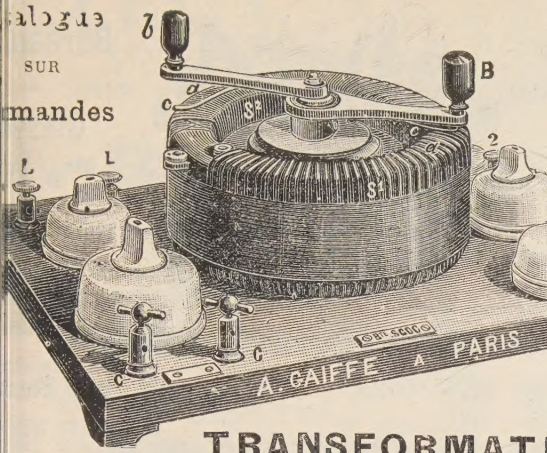
ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

CAIFFE, 40, RUE S^T ANDRÉ-DES-ARTS

PARIS

...alogue sur ...mandes

Devis Gratuits



TRANSFORMATEUR

...r CAUTÈRE et ÉCLAIRAGE ENDOSCOPIQUE

Optique Médicale

GEOFFROY

Opticien fabricant breveté

Fournisseur des Cliniques et Hôpitaux de Paris

44, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 44, PARIS.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine

PEPTONE CATILLON

en **POUDRE**, *représente* **10** *fois son poids de viande Pure, inaltérable, agréable dans un grog ou du lait.*
Aliment des Malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, ... tolérer le régime lacté.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande et 0.40 phosphates par verre à madère.
*Rétablit les **Forces, Appétit, Digestions.***

PRODUITS SPÉCIAUX D'OCULISTIQUE
de la
PHARMACIE MIALHE

Conjonctivites. — Trachome Granuleux

CUPRICINE MIALHE

CYANURE DE CUIVRE NEUTRE, CHIMIQ. PUR
en SOLUTION — CRAYONS — POMMADE

Névrite optique, Affections spécifiques, etc.

HYDRARGYRINE PETIT

Ampoules de lanoline hydrargyrique pour frictions, dosées à 0,50, 1 gr., 2 gr. et 4 gr.

Hémostatique — Vaso-constricteur
SOLUTION

D'ADRÉNALINE MIALHE

TITRÉE AU 1/1000

Pansement oculaire

TAFFETAS PETIT

ANTISEPTIQUE — ADHÉSIF
Indispensable pour isoler l'œil après les opérations.

Échantillons gratuits aux Docteurs

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI, 8, rue Favart, Paris

Optique Médicale

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

de MM. les médecins oculistes

Jumelles pour théâtres, Courses, Marine

Boîtes de verres, Ophtalmoscopes, Campimètres, etc...

ANDRIEUX

OPTICIEN FABRICANT

Fournisseur des cliniques et hôpitaux

PARIS, 16, rue Soufflot.

NÉVRALGIES

MIGRAINES, NEURASTHÉNIE et toutes **MALADIES NERVEUSES.** *Guérison* certaine par les **PILULES ANTINÉVRALGIQUES** du **D^r CRONIER**

PRIX : 3 fr. LA BOÎTE avec Notice. *Franco poste.*

Dépôt : **SCHMITT**, Ph^ien, 75, Rue La Boëtie, PARIS.

ET TOUTES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER.

★SAVONS MOLLARD★

ANTISEPTIQUES MÉDICINAUX

PARIS, 8, Rue des Lombards. USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué* ... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f
SAVON *Boraté* ... à 10 % de A^o MOLLARD 12^f
SAVON au *Thymol* ... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f
SAVON à l'*Ichthyol* ... à 10 % de A^o MOLLARD 24^f
SAVON *Boriqué* ... à 5 % de A^o MOLLARD 12^f
SAVON au *Salol* ... à 5 % de A^o MOLLARD 18^f
SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de A^o MOLLARD 18^f ou 24^f
SAVON *Iodé* (KI — 10 %) ... de A^o MOLLARD 24^f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de A^o MOLLARD 12 ou 24^f
SAVON au *Goudron* de Norwège de A^o MOLLARD 12^f
SAVON *Glycérine* ... de A^o MOLLARD 12^f

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

OLEO-COLLYRES DOLVIN

à 1 % d'Acaloïdes purs dans l'HUILE stérilisée.

Oléo-atropine, Oléo-ésérine, Oléo-Cocaïne, Oléo-pilocarpine.

DOLVIN

RENO-COLLYRES MONTI

à 1 % d'Alcaloïdes dans la solution d'ADRÉNALINE à 1/1000

Réno-atropine, Réno-ésérine, Réno-cocaïne Réno-pilocarpine.

MONTI

Rigoureusement stérilisés, les **OLEO** et **RENO** collyres sont livrés en boîtes de six tubes, d'un modèle déposé, transformables en compte-gouttes **capillaires** donnant des gouttes exactement **dosées.**

Ampoules stérilisées pour injections hypodermiques et sous conjonctivales.

Pommades ophtalmiques DOLVIN indolores et aseptiques :

Oxyde jaune — Aristol — Iodoforme

Les produits DOLVIN et MONTI se trouvent : chez M. MINOT, pharmacien préparateur, à Tours, et chez MM. MONNOT-BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, à Paris ; PIOT-LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix, à Paris.

Thigénol Roche

Oléo-Sulfonate de Sodium

contenant 10 % de **SOUFRE**

Inodore, Insipide, Soluble eau.

Les taches de Thigénol sur le linge disparaissent par simple lavage à l'eau.

AFFECTIONS PULMONAIRES

Traitées par le

Thiocol Roche

Dérivé succédané de la **CRÉOSOTE**

Soluble, Inodore, Insipide

2 à 8 gr. par jour.

(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Airol Roche

Succédané de l'**IODOFORME**

« *Moins toxique que l'Iodoforme,* **l'Airol** *a « encore sur ce dernier l'avantage d'être inodore « et de n'exercer sur la peau aucune action « irritante.* » (D^r **LEGUEU**, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.)

« *L'***Airol** *dessèche les plaies et facilite leur « cicatrisation d'une façon remarquable ; il est « incontestablement préférable à l'Iodoforme sous « tous les rapports et surtout parce qu'il n'a pas « d'odeur.* » (**CRINON**, *Nouveaux Remèdes.*)

« *L'***Airol** *a un pouvoir bactéricide égal sinon « supérieur à celui de l'Iodoforme.* »
(Prof. **FRIEDLANDER.**)

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^ie, 7, *Rue Saint-Claude,* **PARIS** (III^e).

Elixir laxatif contre la CONSTIPATION

agréable à prendre

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

CASCARA ALEXANDRE

LIQUIDE

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

PROTHÈSE OCULAIRE

Les plus hautes récompenses à toutes les Expositions universelles

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

SUR LES

YEUX ARTIFICIELS

Leur adaptation, leur usage et les moyens de se les procurer

Par A.-P. BOISSONNEAU FILS ✻

OCULARISTE

De Facultés et Universités françaises et étrangères, fournisseur des Hôpitaux civils et militaires

28, rue Vignon, PARIS (IXe), de 2 h. à 4 h.

Ancienne rue de la Ferme-des-Mathurins, près la Madeleine

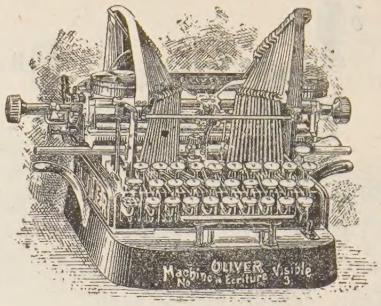
R. COULOMB ✻, Externe des Hôpitaux

SUCCESSEUR

Brochure in-8°, avec 4 gravures sur bois. — Cette brochure est envoyée FRANCO

La Cie "Cosmos"

Machines à écrire *de toutes marques* neuves ET d'occasion



Bureaux ET Classeur *américains* EN tous genres

LONDRES et NEW-YORK — PARIS, 18, rue Rossini

IODOGÉNOL PÉPIN

Gouttes titrées

Forme chimique assimilable de l'Iode possédant une **plus grande activité** que toutes les autres combinaisons et **toujours** parfaitement **tolérée**.

Doit être prescrit dans tous les cas où le médecin veut administrer iode ou iodures.

Posologie. { enfants : 5 à 20 gouttes. adultes : 20 à 40 gouttes et plus, par jour dans de l'eau.

ECHANTILLONS SUR DEMANDE.

PÉPIN et LEBOUCQ, pharmaciens à Falaise (Calvados).

LABORATOIRE

DE PRODUITS ORGANIQUES

Du Dr Léon JACQUET, ✻, Ph. de 1re classe

RUE BOILEAU, 269, LYON.

ADRÉNALINE

Solution au 1/1000

En flacon de **3** fr. ou en boîtes de 5 à 10 ampoules.

Collyres Aseptiques indolores

Ampoules compte-gouttes. Prix : **0.50** à **0.60**

1° **Extrait du corps ciliaire** (Formule du Dr Dor), pour Cyclites et Ophtalmies sympathiques.

2° **Suc oculaire** du Dr Darier (corps ciliaire, iris, choroïde et rétine).

3° **Extrait des Glandes** surrénales pour kératites vasculaires, conjonctivites et épisclérites.

4° **Injections sous-conjonctivales**, acoïne, dionine, euphtalmine, homatropine, cocaïne, atropine, ésérine, cyanure de mercure, chlorure de sodium, etc.

Pastilles d'Adrénaline

Prix : 5 francs la boîte

INJECTIONS HYPODERMIQUES STÉRILISÉES

en ampoules de 0,50 centimes

Caféine, morphine, ergotine, cocaïne, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.

Remise importante à MM. les Docteurs.

Acoïne

rend **absolument** INDOLORES LES INJECTIONS SOUS-CONJONCTIVALES et SOUS-CUTANÉES. Avec l'**Acoïne** on produit une durée de l'Anesthésie considérablement plus longue qu'avec la Cocaïne et autres anesthésiques.

Pour les doses et le mode d'emploi consulter la *Clinique Ophtalmologique* du 25 juin 1899 ou demander la brochure.

Xéroforme

Remplace avantageusement l'iodoforme sans en avoir l'odeur. Il n'est pas toxique et est éminemment siccatif et désodorisant. Il possède une action spécifique dans la guérison des **ULCÈRES de la CORNÉE, du CATARRHE PRINTANIER, des ECZÉMAS HUMIDES**, etc., etc.

NOTICES ET RENSEIGNEMENTS : **L. BARBERON**,

15, place des Vosges, PARIS. Téléphone 113.70

MAISON FONDÉE EN 1879

INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR L'OPTIQUE ET LES MATHÉMATIQUES

Fabrique de **LUNETTES** et de **PINCE-NEZ**

G. SEGUIN

14, Boulevard St-Michel, 14

entre le Boulevard St-Germain et la Fontaine

PARIS

Exécution soignée des Ordonnances de MM. les Oculistes

PRIX MODÉRÉS

YEUX ARTIFICIELS

MODÈLE NOUVEAU A CHAMBRE ANTÉRIEURE

IRIS A REFLETS CHATOYANTS (MODÈLE DÉPOSÉ)

J.-Bte PADRONA & CIE

OCULARISTES

1, rue Rossini, PARIS 9me

PURGYL PURGATIF IDÉAL

ACTIF, AGRÉABLE - AGIT sans coliques

Pas d'accoutumance par son emploi

Le MEILLEUR ANTISEPTIQUE de l'Intestin

La Boîte : 1f50 - Phie J. KŒHLY, 107, Rue Réaumur, PARIS.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS

ALADIES DE POITRINE

BRONCHITES CHRONIQUES

TARRHES PULMONAIRES, LARYNGITES

EXTINCTIONS DE VOIX, etc., etc.

Traitement rationnel par le

ROP Balsamo-Sulfureux LE BRUN

DNOSULFURE DE SODIUM CHIMIQUEMENT PUR

Goudron, Tolu et Alcoolature de Racine d'Aconit

X : 3 fr. DÉPOT : **PHARMACIE CENTRALE**,

D, Faubg Montmartre, Paris et Pharmacies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent

ACYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

Effet immédiat, pas de vasoconstriction.

EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boulv St-Martin.

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par 5 gouttes.

Se prennent aux repas dans un peu d'eau. S'administrent également par la voie rectale.

Globules Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par globule.

Tubes stérilisés Clin : pour **Injections hypodermiques.**

5 centigr. de *Cacodylate de Soude pur* par Tube.

DOSE MOYENNE : 0 gr. 10 de Cacodylate de Soude par jour, correspondant en Arsenic à 0 gr. 06 d'Acide arsénieux ou à 6 gr. 15 de Liqueur de Fowler.

CLIN & Cie. - F. COMAR & Fils (MAISONS RÉUNIES), 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS. 678

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout iodure alcalin.

GOUT AGRÉABLE — ASSIMILATION PARFAITE

Cinq centigr. d'Iode par cuill. à soupe;

Dix centigr. de Tanin par cuill. à soupe.

INDICATIONS : **Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile.**

DOSES : Adultes, une cuill. à soupe;

Enfants, une cuill. à café aux repas.

315

CLIN & COMAR, 20, Rue Fossés-St-Jacques, Paris.

ED. HENRY

Ingénieur-Opticien

BREVETÉ S. G. D. G.

15, rue Dauphine, PARIS.

Lunettes - Pince-Nez - Face à main

YEUX ARTIFICIELS

Exécution des ordonnances de MM. les Docteurs-Oculistes.

22, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Maison Ed. LUTZ. — E. FEINBERG, Succr

Opticien-fabricant, Fournisseur des Hôpitaux

LUNETTES & PINCE-NEZ

Exécution rapide des Ordonnances de MM. les Docteurs Oculistiques.

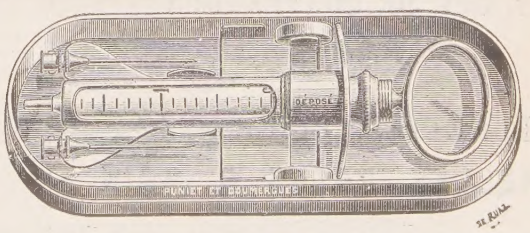
INSTRUMENTS

DE

CHIRURGIE OCULAIRE

DOUMERGUES

40, rue de Londres, PARIS



SERINGUES STÉRILISABLES

PISTON INALTÉRABLE

Derniers perfectionnements.

Prix net avec boite en nickel, chevalet et 2 aiguilles en platine

1 gr....	11 fr. 50	5 gr....	16 fr.
2 —	13 »»	20 —	24 »»

ÉTUVES A DÉSINFECTION

ARSENAL COMPLET POUR OPÉRATIONS

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

Ateliers et Magasins : 113, boulevard Saint-Germain,

PARIS

FABRIQUE

d'instruments de Chirurgie oculaire et générale

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE -- PROTHÈSE OCULAIRE

Fournisseur des Hôpitaux et des principales Cliniques

Catalogue général franco sur demande.

MAISON A. CRÉTÈS

J. CORNET, Successeur

OPTICIEN FABRICANT

PARIS, 66, RUE DE RENNES (6e arrond.), **PARIS**

EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1889

Médailles d'or

Ophtalmoscopes des Drs DE WECKER, LANDOLT, MASSELON, FOLLIN, MORTON, etc.

Kératoscope enregistreur et **Arc kératoscopique** des Drs DE WECKER, MASSELON.

Périmètres du Dr LANDOLT, du Dr BADAL, du Dr ASCHER.

Aximètre du Dr LEPLAT

Chromatoscope du Dr RIBEIRO DOS SANTOS

Prisme mobile de A. CRÉTÈS, nouvelle division avec angles métriques et angles de déviation par le Dr LANDOLT

Campimètre du Dr DE WECKER

Boîtes de verres d'essai petits et grands modèles, etc., etc

Sphéromètre et appareils de la Geneva Optical Cie de Chicago

IODURE SOUFFRON (KI)

Chimiquement Pur (Titré) Inaltérable.

SOLUTION (1 gr. par cuillerée) • **SIROP** (1 gr. par cuill.) • **DRAGÉES** (0 gr. 25 l'une)

NI **CORYZA**, NI **GASTRALGIE**, NI **CÉPHALALGIE**

Expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.

Fabrique et Vente : Phie SOUFFRON, 58, Rue Miromesnil, PARIS et Phies

OPTIQUE MÉDICALE

Maison **KERN**

L. LAISSUS, SUCCESSEUR

7, RUE DE CHATEAUDUN

PARIS

LUNETTES, PINCE-NEZ

JUMELLES, FACES A MAIN

Exécution rapide des ordonnances de MM. les Docteurs oculistes.

CONGESTIONS, BILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA

Vve LACHARTRE

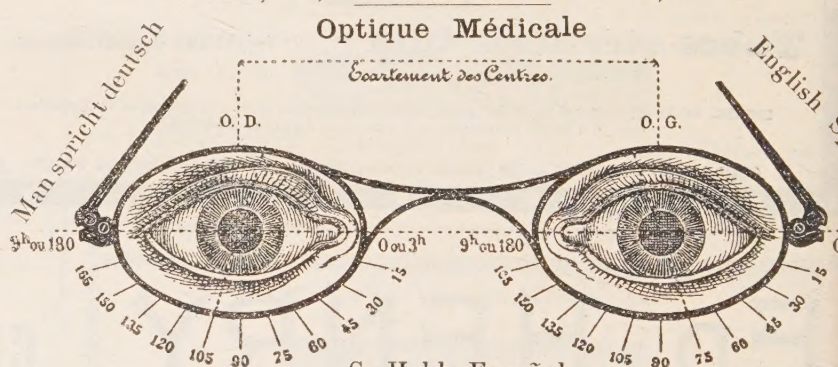
19, R. Mathurins, PARIS

HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES

MOREAU C., Opticien-Constructeur

PARIS, 16, Rue de Seine, PARIS, 6me.

Optique Médicale



Se Habla Español

EXÉCUTIONS RAPIDES DES ORDONNANCES DE MESSIEURS LES OCULISTES

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phien, 12, Boulv Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVON DENTIFRICE VIGIER LE MEILLEUR DES ANTISEPTIQUES

NOUVELLE **MÉDICATION IODÉE** intensive

6 cgr. d'Iode combiné au Tannin par cuill. à café

"IODALIA" Granulé iodotannique INALTÉRABLE

TOLÉRANCE TOUJOURS PARFAITE

Toutes les indications de l'Iode

Phcie PELOILLE, 2, Faubourg Saint-Denis, PARIS, et toutes Pharmacies.

REVUE MENSUELLE DE BIBLIOGRAPHIE

1. Anatomie. Physiologie, Embryologie, Anomalies congénitales (*Suite.*)

Ishikuro. Ueber die Becherzellen in der Conjunctiva. Inaug-Diss. Jena 1903.

Körber, Ueber die Beziehungen zwischen Iriskolobom und Korektopie. Zeitschr. f. Augenheilk., Ad. X, Heft 2, Aug. 1903.

Krüchmann. Ein Beitrag zur Opticusglia. Klin. Monatsbl. für Augenheilk., Beilageheft 1903.

Levinsohn, Georg. Kurzer Beitrag zur Histologie angeborener Augenanomalien. Mit Taf. IX, Fig. 1-6. v. Graefe's Archiv, Bd, LVII, Heft 2, S. 266.

Monesi. Die Morphologie der fötalen Tränenwege beim Menschen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., Jan. 1904.

zur Nedden. Ein Fall von angeborener Melanosis Corneae in Verbindung mit einen Pigmentnetz in der vorderen Kammer und auf der Iris. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., II. Bd, Okt. 1903.

Peschel. Kongenitaler Epidermis-Ueberzug der Tränenkarunkel. Zentralbl. s. prakt. Augeuheilk., Mai 1903.

Peschel. Zur Theorie der Retraktion des Auges. Zentralbl. für Augenheilk., Januar 1904.

Pflüger. Klinische Beiträge zur Kenntnis der Ciliarmuskelkontraktionen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., April 1903.

Polte. Mehrere Fälle anzeborener Irismissbildung. Archiv f. Augenheilk., 48. Bd, 1. Heft, 1903.

Posey. Report of two cases of congenital anomalis of the eyes, illustrating the transmission of such defects from nother to daughter. Annals of Ophthalmology 1903, Nr. 1, pag. 1. (*A suivre*)

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

En raison de l'accueil fait par le public aux **Cartes d'excursions**, Dauphiné, Savoie et Jura, la Compagnie P. L. M. vient de proposer à l'administration supérieure la création de trois nouvelles cartes d'excursions, individuelles et de familles, donnant droit, avec arrêts facultatifs à toutes les gares :

1° Au voyage aller de Paris à l'une des zones suivantes :

Zone E. — *Auvergne.* — Lignes de Saint-Germain-des-Fossés à la Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, de Saint-Germain-des-Fossés à Darsac, de Clermont-Ferrand à Thiers, de Saint-Georges-d'Aurac à la Voûte-sur-Loire.

Zone F. — *Ardèche.* — Comprenant les lignes de Saint-Georges d'Aurac à la Voûte-sur-Loire, de Saint-Georges-d'Aurac au Vigan, de Lézan à Anduze, d'Alais à l'Ardoise, d'Alais au Tell, de Célas au Martinet, de Robiac à Bessèges et à la Valette, de Vogué à Nieigles Prades, de Saint-Sernin à Largentière et de la Voulte-sur-Rhône à l'Ardoise et du Pouzin à Privas.

Zone G. — *Auvergne-Ardèche.* — Réunion des deux zones précédentes.

2° A la libre circulation dans ces dites zones.

3° Au voyage retour, du point où le voyageur abandonne la zone, à Paris, et en empruntant en sens inverse l'un des parcours d'accès.

Les parcours d'accès sont les suivants :

Zone *e*) Paris, Nevers, Saint-Germain-des-Fossés.

Zone *f*) Paris, Saint-Germain-des-Fossés, Clermont, Saint Georges-d'Aurac ; Paris, Saint-Germain-des-Fossés, Saint-Etienne, La Voûte-sur-Loire ; Paris, Dijon, Lyon. Livron (ou Givors), La Voulte-sur-Rhône.

Zone *g*) Paris, Nevers, Saint-Germain-des-Fossés Saint-Etienne, La Voûte-sur-Loire; Paris, Dijon, Lyon Livron (ou Givors), La Voulte-sur-Rhône.

Ces cartes, qui seraient délivrées jusqu'au 15 septembre, devraient être demandées :

A Paris, six heures avant le départ du train ;

Dans les autres gares des itinéraires, cinq jours à l'avance.

Validité : 30 jours, avec faculté de prolongation moyennant supplément.

Franchise de bagages : 30 kilogr. Demi-place pour les enfants de 3 à 7 ans.

Prix des cartes individuelles :

Zone E (Auvergne) : 1re cl.. 140 fr. ; 2e cl., 95 fr. ; 3e cl., 60 fr.

Zone F. (Ardèche) : 1re cl., 170 fr. ; 2e cl., 115 fr. ; 3e cl. 75 fr.

Zone G. (Auvergne et Ardèche) : 1re cl., 190 fr. ; 2e cl., 125 fr. ; 3e cl. 85 fr.

Pour les cartes d'excursions souscrites en faveur des membres d'une même famille, réductions ci-après : 2e carte : 10 % ; 3e carte : 20 % ; 4e carte : 30 % ; 5e carte : 40 % ; 6e carte et au delà : 50 °/₀.

OUATAPLASME DU Dr LANGLEBERT
Cataplasme instantané — Pansement émolient et aseptique. — Précieux dans les blépharites, chalazions, furoncles, etc.

ADRÉNALINE CLIN
se trouve dans toutes les pharmacies

Adrénaline pure en cristaux, tubes de 0 gr. 05.....	4 fr.
Solution d'Adrénaline (chlorhydrate) au 1/1000e, p. fl.	1.5
id. g. fl.	5 »
Collyre au 1/5000e.....fl.	4 »
Granules d'Adrénaline dosés à 1/4 de milligr.....fl.	4 »
Tubes stéril. pour inject. hypod., 1/2 mg. par cc. b.	6 »
Suppositoires dosés à 1/4 de milligr.....b.	3.5

CLIN et Cie. — F. COMAR et fils et Cie, Paris.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX, INDICATIONS, MODE D'EMPLOI.

DIONINE analgésique oculaire profond provoquant un afflux lymphatique qui active la nutrition de l'œil — accélère la cicatrisation des plaies et la résorption des exsudats. — Collyres à 2 et 5 % dans les **kératites**, le **glaucome**, les **iritis**, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, pages : 1, 135, 137, 179, 352, 1902.)

Le bromure de **METHYLATROPINE** est un précieux **mydriatique** plus faible que l'atropine. A 1/2 % en combinaison avec la cocaïne ou la tropococaïne, il remplace l'**euphtalmine** pour l'examen ophtalmoscopique, et à 1 % il remplace l'**homatropine** pour l'examen de la réfraction après paralysie de l'accommodation. (Voir la *Clin.Opht.*, page 317, 1902.)

L'IODIPINE est un succédané précieux de l'IK, dans toutes les affections scrofuleuses ou syphilitiques. Sans provoquer aucun phénomène d'iodisme, il s'emploie en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales. (Voir la *Clin. Opht.*, pages 4 et 209, 1902.)

LE JÉQUIRITOL est une solution d'abrine permettant un dosage exact, remplaçant avantageusement le jéquirity pour éclaircir les pannus et les leucomes cornéens granuleux ou scrofuleux ainsi que certaines kératites parenchymateuses. (Voir la *Clin. Opht.*, page 341, 1901 ; page 349, 1902 ; page 1, 1903.)

LA TROPACOCAÏNE est un **anesthésique local** proche parent de la cocaïne, mais non toxique à doses thérapeutiques ; elle ne provoque aucun trouble de la cornée, aucune mydriase, aucune élévation de tension, se conserve très bien dans les solutions aqueuses qui sont antiseptiques. Doses : collyres à 1 % dans la solution physiologique. (Voir la *Clin. Opht.*, page 174, 1899.)

PEROXYDE D'HYDROGÈNE MERCK chimiquement pur, antiseptique puissant à 1 et 3 % dans les plaies et les ulcères de la cornée, les dacryocystites, les blépharites, etc.(Voir la *Clin. Opht.*, page 38, 1903.)

Produits spéciaux pour l'Ophtalmologie :
Largine, pyoctanine, atropine, cocaïne, pilocarpine, etc., à l'état de pureté la plus absolue. Demander échantillons et littérature à
M. ARROU et SALZE, 32, rue Saint-Antoine, PARIS

E. Merck
Fabrique de produits chimiques à Darmstadt (Allemagne).

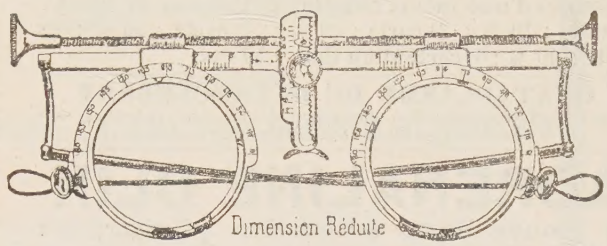
ANÉMIE **LA BOURBOULE** FIÈVRES
MALADIES DE LA PEAU VOIES RESPIRATOIRES

C. MIENNE, opticien-fabricant,

FOURNISSEUR DES CLINIQUES

106, Boulevard Saint-Germain,
en face la Faculté de Médecine, PARIS

Pince-nez correcteurs en tous genres pour l'astigmatisme.



Boîtes de verres complètes pour Messieurs les oculistes

LUNETTES D'ESSAI

PERMETTANT D'OBTENIR INSTANTANÉMENT L'ÉCARTEMENT PUPILLAIRE, LA HAUTEUR ET LA SAILLIE DU NEZ

LUNETTES PONT-SELLES (*modèle du Dr Moissonnier*, de Tours), *de toutes grandeurs, livrées de suite.*

Consacré par l'expérience d'un quart de siècle, adopté par l'élite du corps médical, le délicieux VIN MARIANI reste, au milieu de ses nombreux imitateurs, le reconstituant par excellence de l'énergie vitale, le stimulant des fonctions respiratoires et digestives le réparateur souverain de la santé.

Pharmacie MARIANI, 41, Bd Haussmann ET TOUTES PHARMACIES.

SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE Sur l'Huile de Foie de Morue EFFICACITÉ CERTAINE GOUT AGRÉABLE PAS D'ODEUR

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP DE DESPINOY
ET
VIN à l'EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE, simple, ferrugineux et créosoté

ANÉMIE CHLOROSE LYMPHATISME SCROFULE RACHITISME DÉBILITÉ CONVALESCENCES ENGORGEMENTS GANGLIONAIRES ETC. ETC.

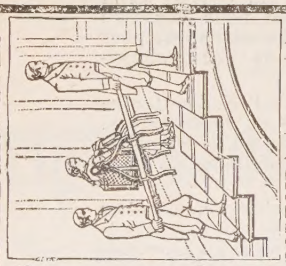
DÉPOT GÉNÉRAL: 3, rue Turgot, PARIS (9e)

ÉCHANTILLONS GRATIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

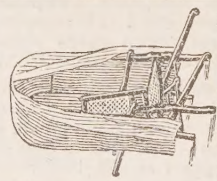
LITS, FAUTEUILS, VOITURES & APPAREILS MÉCANIQUES
Pour Malades et Blessés

DUPONT
FABRICANT BREVETÉ S.G.D.G.
FOURNISSEUR DES HOPITAUX
à PARIS
10, Rue Hautefeuille, 10
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères.

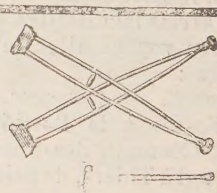


PORTOIR à pivots mobiles. Equilibre toujours maintenu.



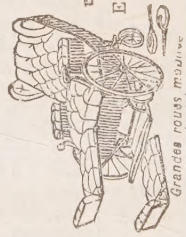
DOSSIER garni. Elevation graduée.

CHARIOT à grandes roues caoutchoutées. Béquilles de hauteur réglable, métal nickelé.

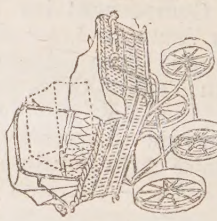


CANNES et BÉQUILLES avec sabots caoutchoutés.

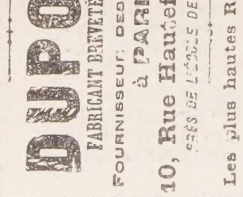
FAUTEUIL ARTICULÉ à grandes roues. Mû par 2 manivelles. Porte-jambes divisé.



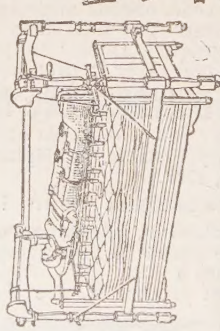
Grandes roues mobiles pour le dehors.



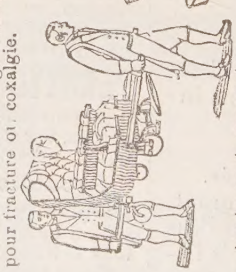
CHAISE à roues et porte-pieds. Tablette mobile.



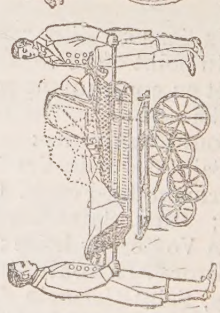
FAUTEUIL-VOITURE, roues caoutchoutées, monté sur ressorts, avec capote.



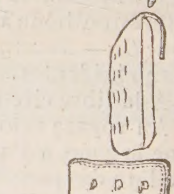
LIT MÉCANIQUE avec gouttière, pour fracture ou coxalgie.



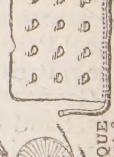
Avec brancards pour porter.



VOITURE LONGUE. Brancards à coulisses. Caisse se séparant des train de roues.

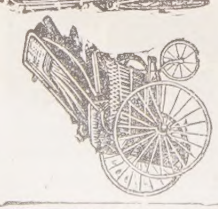


De profil.



De face.

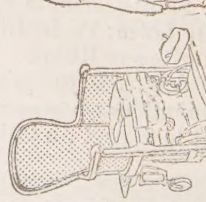
MATELAS A EAU



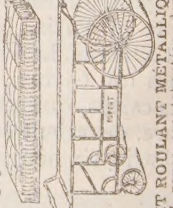
AUTOMOTEUR Inclinaison graduelle. Bras mobiles. Porte-jambes divisé.

Roues simples pour appartements.

AUTOMOTEUR A TROIS USAGES



CONFORTABLE Canné à roues simples. Siège garni de drap-rubis.



LIT ROULANT MÉTALLIQUE 4 roues caoutchoutées, dont 2 pivotantes. Matelas crin pur et laine, indépendant.

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix contenant 423 figures.

TÉLÉPHONE 127-84

Le Gérant : R. JOCQS.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

SOMMAIRE

I. — **Congrès international de Lucerne.**

II. — **Travaux originaux.**

Dr Bourdeaux : De l'insuffisance des muscles de l'œil. (Myasthénie douloureuse). Ses conséquences et son traitement..... 283

Dr Guibert : Décollement de la rétine. Sérum gélatiné et sérum de Trunecek..... 291

III. — **Revue d'hygiène.**

Congrès international d'hygiène scolaire.

Prof. Erismann : Orientation des salles de classe... 294

Dr Léonard Bier : Sur la valeur du photomètre de Wingen..... 294

Szuppau : Sur un nouveau banc scolaire construit en collaboration avec Eloi Michel..... 294

Dr Berger : Sur un nouveau banc conforme aux exigences hygiéniques et pédagogiques..... 294

Armin Dimitrovich : Principes généraux concernant la construction du banc scolaire..... 294

Koenigshœfer : Appareils destinés à favoriser l'attitude correcte..... 294

IV. — **Revue thérapeutique.**

José de Jesos Gonzalès : La dionine en thérapeutique oculaire..... 295

Moslennikoff : Iodoforme dans les affections oculaires..... 296

Trousseau : Traitement des cataractes traumatiques. 297

Gabrielidès : Traitement de la kératite pneumococcique par la bile..... 297

Rogman : Sérothérapie préventive dans l'opération de la cataracte..... 297

G. Gérard : Traitement du trachome..... 297

V. — **Bibliographie.**

G. Ovio : Observations de physiologie oculaire sur le champ visuel..... 298

G. Ovio : Mouvements des yeux et de la tête associés (Movimenti degli occhi et movimenti del capo combinati ; osservazioni de fisiologia oculare)..... 298

A. Bietti : Contribution clinique à l'étude de la «Kératitis disciformis » de Fuchs et de la « Kératite parenchymateuse traumatique (Contributo clinico allo studio della cheratite disciforme di Fuchs ed alla questione di una cheratite parenchimatosa traumatica)..... 298

L. Bardelli : Contribution à l'étude de la kératite filamenteuse..... 298

Datigalongue : Contribution à l'étude du pemphigus oculaire..... 299

Etienne Rollet : Les kératites des hérédo-syphilitiques et leur traitement..... 299

H. Truc : Glaucome chronique Juvénile..... 299

Scrini : Précis de thérapeutique oculaire ; préface du professeur de Lapersonne..... 299

Carlo Fukala : La chirurgie ophtalmologique des Arabes..... 300

Santos Fernandez : Les ophtalmies à l'Ile de Cuba. 300

Dr Barraquer : Technique des injections ténoniennes 301

Dr Menacho : Contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de l'orbite et du sinus caverneux..... 301

Dr Herrera : La citogenèse expérimentale et l'ophtalmologie des cellules et tissus artificiels..... 302

Dr Jean Galezowski : Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux..... 302

G. Laudato : Contribution à la casuistique de la maladie de Erb, particulièrement à l'égard des symptômes oculaires..... 302

Etc., etc.

PROTARGOL

mbinaison de protéine d'argent

Antiseptique chirurgical

Anti-blennorrhagique

Tue sûrement et rapidement les

GONOCOQUES

Ne cause AUCUNE IRRITATION

Résultats remarquables dans les **Affections de la Conjonctive**

ASPIRINE

Nouveau succédané du salicylate de soude

TRAVERSE L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

Exempt de tous effets secondaires désagréables

ACTION CALMANTE REMARQUABLE

Indications : Affections oculaires rhumatismales, goutte, sciatique, pleurésie, etc.

DOSES : 1 gramme trois à quatre fois par jour en cachets, ou dans un peu d'eau sucrée.

SOMATOSE

ECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Extrait de viande

tenant 88 0/0 *D'ALBUMOSES*

eule préparation d'albumoses

nt bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

Anemie
Convalescence
Débilité, Phtisie
Tuberculose
Affections de l'estomac, etc.

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois

Dissoute dans l'eau, lait, bouillon, etc.

SALOPHÈNE

Rhumatisme articulaire AIGU. — GRIPPE. — SCIATIQUE. — CHORÉE, etc.

4 à 6 grammes par jour (en cachets)

Toxique à aucune dose.

Antialgique de premier ordre.
Jamais d'effets secondaires.
Supérieur au salicylate de soude.

Action sûre et rapide dans les

Migraines et Névralgies

(1 à 2 grammes)

TOUS CES PRODUITS SONT EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

ÉD. **BAYER et Cie**, 23, rue d'Enghien. — Paris. — Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.

NUCLÉNAL BOUTY

Nucléine Phosphoglycérates

ACCROISSEMENT
DÉVELOPPEMENT
REPRODUCTION

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

OTION LOUIS DEQUÉANT

Contre le Séhumbacille, Madarosis, Calvitie, Pelade, Teigne, Séborrhée, Acné, etc.

En vente chez les Pharmaciens seulement.

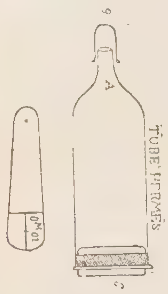
Sebumbacille, microbe de la **calvitie vulgaire**, a été découvert par M. **Louis DEQUEANT**, pharmacien, 38, rue de Clignancourt, Paris. (Mémoires lés à l'Académie de Médecine, 23 mars 1897, 8 mai 1898.) L'extrait de ces Mémoires est adressé gracieusement à tous les médecins qui lui en feront la inde. *Renseignements gratuits et prix de faveur pour tous les membres du corps médical.*

FABRIQUE SPÉCIALE de POMMADES OCULAIRES

ASEPTIQUES EN

TUBES HERMÈS

Nom et modèle déposés



1, Pommades à **l'oxyde jaune de Hg.** Les seules indolores au **1/10, 1/20, 1/50.**
2, Pommades au précipité blanc au 1/50.
3, à *l'iodoforme pur hyrisé* au 1/50.

Mode d'emploi : Enlever la coiffe de verre, pousser le bouchon à l'intérieur du tube pour faire sortir la pommade que l'on n'a qu'à recevoir sur le doseur.

Prix : 2 francs

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : **G. DURAND**, ph. *à Châtel-Censoir (Yonne).*

« Echantillons gratuits à MM. les Oculistes »

AMPOULES POUR **L'OPHTALMOLOGIE**

PAILLARD-DUCATTE

COLLYRES HUILEUX

Atropine, Cocaïne, Eserine, Iodipine, etc.

COLLYRES AQUEUX et Ampoules Compte-Gouttes

Acoïne, Atropine, Cocaïne, Dionine, Eserine Eucaïne, Pilocarpine, Rénaline, Tropacocaïne

AMPOULES ORDINAIRES et AMPOULES AUTO-INJECTABLES

à tous Médicaments pour injections hypodermiques

Laboratoire **PAILLARD-DUCATTE**, Phᵉⁿˢ, **17, Pl. de la Madeleine, Paris.** *Tél. 254-57.*

PILULES DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les **Pilules de Blancard** conviennent spécialement dans les affections que détermine la **Cachexie scrofuleuse** (*tumeurs, engorgements ganglionnaires, humeurs froides*, etc.) contre lesquelles les simples ferrugineux sont impuissants; dans la **Chlorose**, la **Leucorrhée, l'Aménorrhée.** — Suivant le Professeur Bouchardat, l'iodure de fer est doué d'une efficacité véritablement merveilleuse contre les terribles accidents de la **Syphilis constitutionnelle** (*ulcères, exostoses*, etc.)

Ces Pilules rendent aussi de grands services dans le traitement du **Goître**, des **Tumeurs blanches**, du **Rachitisme**, l'**Anémie.** — Enfin elles modifient rapidement les constitutions **lymphatiques, faibles ou débilitées.**

SIROP DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.

DOSE : Pilules, 2 à 6 par jour. — ***Sirop***, 1 à 3 cuillerées par jour. — **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

Tous les inconvénients de l'

IODURE de POTASSIUM

supprimés par les

CAPSULES DU DOCTEUR AILAINE

à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES :

Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré.

Le flacon de 80 capsules dosées à 0,25 Cg. d'IK : 4 fr. 50.

Avis important. — Nous prions MM. les Docteurs de bien vouloir prescrire et exiger « **Capsules du Docteur Ailaine** » et aussi de nous demander échantillons, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprécier les avantages réels que nous indiquons.

Concessionnaire :

Léon DIEU, 54, rue Lafayette, PARIS.

CURATINE — MARQUE DÉPOSÉE — Brunet

SPÉCIFIQUE de l'Elément Douleur

CURATINE

Puissant Analgésique.

Innocuité absolue.

Action rapide

Efficacité reconnue dans l'**Iritis**, le **Glaucôme**

Névralgies oculaires, rhumatismales ou autres.

Névralgies diverses, **Rhumatisme** aigu, **Lumbago**

Echantillons sur demande.

Dépôt Général : Pharmacie BRUNET, 34, Rue Saint-Paul, PARIS

Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boîte en carton portant en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

Chaque cachet contient un gramme de CURATINE.

DOSES : Un à cinq cachets par jour.

IODALOSE GALBRUN

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone

REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vaisseaux, Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Ob...

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures

Cinq gouttes **IODALOSE**, renfermant un Cgr. Iode physiologique, agissent comme vingt-cinq Cgr. ...

Doses moyennes : cinq à vingt gouttes pour **Enfants** ; dix à cinquante gouttes pour **Adultes**

Communication au XIIIᵉ Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie GALBRUN, 4, Rue Beaurepaire, PARIS et toutes Pharmacies

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LUCERNE

Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, il nous a été impossible de donner dans ce numéro un compte rendu des travaux du Congrès International d'Ophtalmologie qui vient d'avoir lieu dans la délicieuse et pittoresque ville de Lucerne.

L'organisation générale a fait honneur au comité qui a innové une manière de comptes rendus anticipés qui constitue un remarquable progrès dans la préparation des discussions.

Les travaux étant imprimés et distribués d'avance à tous les membres inscrits, chacun peut présenter ses observations et appréciations en se basant sur une lecture attentive et non sur une simple et souvent défectueuse audition des sujets traités dans des langues différentes.

Cette idée de publier d'avance les travaux à discuter facilite non seulement la discussion, mais rend la rédaction définitive du compte rendu beaucoup plus simple et plus rapide en même temps qu'elle permet dans une seule séance l'étude d'un beaucoup plus grand nombre de questions. Ainsi, dans la 3e séance du Congrès, il y a eu 25 numéros du programme qui ont passé en moins de 3 heures.

Malheureusement, il n'en a pas été de même les deux premiers jours, qui ont été entièrement consacrés à une très longue discussion sur les rapports au sujet de *l'unification de la notation de l'acuité visuelle*. Cette question a été en fin de compte renvoyée à une commission internationale qui fera un rapport pour le prochain Congrès. Quant à la grosse question *des accidents du travail*, on a compris que les législations étant différentes suivant les pays, il était impossible d'établir une appréciation uniforme et internationale.

Ces deux premières séances n'ont pas été complètement perdues puisque elles ont donné lieu à un échange d'idées très animé ; mais elles ont absorbé les deux tiers du temps qui eût pu être consacré à des discussions plus pratiques.

L'exposition d'instruments et de préparations, a été des plus remarquables, nous en reparlerons.

TRAVAUX ORIGINAUX.

I

De l'insuffisance des muscles de l'œil (Myasthénie douloureuse). Ses conséquences et son traitement.

Par le Dr Bruno Bourdeaux
Chef de clinique du Dr Jocqs.

La véritable cause de la céphalée, ce symptôme dont on pourrait dire, comme de l'entéro-colite, qu'il est « follement fréquent », est le plus souvent inconnue ou seulement soupçonnée. En dehors des céphalées symptomatiques d'affections ou intra-craniennes, ou sinusales, ou névralgiques, — et ce sont les plus rares — il en existe une foule d'autres dont on ignore l'origine réelle.

Pour l'oculiste, cependant, il en est un certain nombre dont la pathogénie ne fait point de doute, et qui se rattachent nettement à l'œil. Il faut d'abord mentionner les douleurs irradiées sus-orbitaires, qui accompagnent une iritis, une irido-choroïdite parfois torpides (quiet iritis), un glaucome (1) subaigu. Mais ces affections ne sont pas, heureusement, très fréquentes ; elles sont l'apanage à peu près exclusif de l'âge mûr, alors que la céphalée est de tous les âges. Il existe d'autres causes plus générales : l'astigmatisme (Martin), la progression de la myopie (Jocqs), l'hypermétropie ont été incriminées. Tout récemment, Trousseau appelait encore l'attention sur ces céphalalgies tenaces que guérissaient de l'atropine et des lunettes.

L'asthénopie musculaire était également signalée par ce dernier auteur au nombre des causes de céphalée. Le fait n'est cependant pas admis chez nous, sans conteste ; certains y attachent peu d'importance, d'autres le nient absolument.

En Amérique, au contraire, où l'étude de la musculature extrinsèque de l'œil est faite avec grand soin, cette opinion est généralement partagée, et le professeur Ellice Alger, dans un article sur la céphalalgie, récemment paru, l'exposait avec beaucoup de précision.

(1) Je ne parle pas, évidemment, des affections aiguës de l'œil, pas plus que je n'ai mentionné plus haut les maladies générales infectieuses. Ici et là, la céphalée passe au second plan d'un ensemble de symptômes qui suffisent à asseoir le diagnostic.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Il y a déjà quelque temps que je considère comme démontré ce rôle de l'insuffisance musculaire dans la genèse des céphalées rebelles. Instruit par une expérience personnelle que je crois intéressant de relater, j'ai étendu et développé des recherches dans cette voie, et elles m'ont fourni sur la fréquence, les caractères et le traitement de cet état, quelques considérations que je vais exposer.

*
* *

Sujet à de continuels maux de tête, au cours d'une période de neurasthénie profonde, j'avais vu ces symptômes disparaître à mesure qu'un traitement rationnel, repos, air, exercice, hydrothérapie, avait amélioré l'état général. Beaucoup plus tard, la céphalée reparut, intermittente d'abord, puis fréquente et enfin presque continuelle avec des exacerbations qui prenaient un caractère migraineux.

Cette recrudescence coïncidait avec un surcroît de travail et une grande fatigue générale.

J'avais déjà pensé aux rapports oculaires. J'incriminai d'abord une myopie d'ailleurs faible OD — 1, OG — 0,75 ; mais très souvent mesurée, elle se montrait constamment fixe. Je pensai à l'astigmie O D 135° — 0,75 — IV = 1 : O G 45° — 0,25 — 0,75 V = 1. Je corrigeai complètement ma réfraction sans amélioration.

J'étais cependant certain qu'une relation de cause à effet existait entre l'œil et la céphalalgie.

J'avais fait les remarques suivantes : celle-ci était surtout intense après le travail ; elle dégénérait en violente migraine après la lecture, soit de fins caractères, soit à un mauvais éclairage, et aussi après les voyages en chemin de fer. Mais dans ce dernier cas, j'observai vite que la migraine n'éclatait que si j'avais lu au cours du voyage. Enfin, l'état de repos ou de fatigue influait nettement sur l'apparition de la céphalée.

Jusqu'alors, après un certain temps de travail, les visions devenaient indistinctes, ce que j'attribuais à l'astigmie et à l'accommodation. Mais à ce moment, le trouble se caractérisa : et le phénomène du dédoublement des lignes dans le sens horizontal apparut. A une certaine époque de l'hyposthénie, cette diplopie devint constante, même dans la vision éloignée ; et le diploscope de Rémy, que je connus à ce moment, me montra une divergence considérable, sans qu'il y eût cependant déviation bien sensible des globes.

Je fis alors, après diverses expériences, ajouter un prisme de 4° aux verres correcteurs et la céphalée disparut.

Mais l'état général ne s'était que bien peu amélioré, et à diverses reprises je pus faire à mes dépens la preuve de l'efficacité des prismes. Plusieurs fois, après certaines journées plus pénibles, il m'arriva de lire sans lunettes, et un accès de migraine ne manqua pas d'apparaître le lendemain ou la nuit même.

Pour moi donc, la preuve était faite, et bien faite :

Que l'asthénopie (1) musculaire existait, ce que des spécialistes de la réfraction, comme Martin et même Javal avaient mis en doute ;

Qu'elle était fonction d'une insuffisance musculaire ;

Que cette insuffisance n'était pas l'apanage des myopes forts ;

Qu'elle pouvait n'être pas apparente, c'est-à-dire ne pas se révéler par une déviation apparente des yeux ;

Qu'elle variait avec l'état général ;

Qu'elle était capable d'entretenir des céphalées, voire d'engendrer des migraines ;

Que le traitement dit palliatif, par les prismes, pouvait suffire à la guérir.

C'est dans cet ordre d'idées que j'examinai un grand nombre de personnes.

Mais avant d'aller plus loin, il importe d'exposer comment on doit rechercher l'insuffisance musculaire.

*
* *

Le procédé le plus simple, le plus rapide, consiste à provoquer des mouvements du globe par la fixation du doigt que l'on promène aux limites du champ du regard. On observe d'abord les mouvements de symétrie : avec un peu d'habitude, on constate rapidement et de façon assez sûre si l'adduction ou l'abduction sont complètes, si elles se maintiennent sans trémulations du muscle, sans saccades du globe, indiquant un effort exagéré et difficilement soutenu.

(1) Il faut bien spécifier que, par asthénopie, nous entendons les troubles de la vision produits par l'insuffisance musculaire et non l'insuffisance elle-même.

Pour la convergence, le doigt (1) est avancé sur la ligne médiane vers le front, lentement, pendant qu'on examine les yeux du sujet. L'on peut observer alors l'un des cas suivants : ou les globes convergent franchement et maintiennent la fixation sans oscillations nystagmiques, jusqu'à un rapprochement considérable de l'objet : et l'on peut conclure qu'il y a suffisance parfaite : ou bien la convergence s'établit, mais si l'on prolonge l'effort de fixation, ou si l'on rapproche davantage le doigt, l'on voit les globes s'écarter d'abord, converger de nouveau, puis, après une série d'oscillations, retourner nettement au parallélisme. En même temps, le sujet accuse une sensation de tension frontale, de douleur même : il y a alors insuffisance relative. Ou bien enfin un seul œil répond franchement à la sollicitation de fixation : l'autre esquisse un faible mouvement de convergence, après quoi il s'échappe. L'insuffisance est ici à un plus haut degré que dans le cas précédent : la fixation rapprochée n'est plus possible qu'au détriment de la vision binoculaire : il y a strabisme provoqué.

Il reste un autre et dernier cas : c'est celui où aucune ébauche de convergence n'a lieu ; mais alors il y a déjà une divergence apparente des globes dans la vision éloignée. L'insuffisance de convergence est ici absolue, le strabisme permanent (ce qui ne veut pas dire l'impotence musculaire).

*
* *

Une fois ces quelques notions sommaires acquises, il faut alors faire l'épreuve du diploscope, ou mieux des diploscopes.

L'instrument de Rémy est ici d'un immense secours, et il est certain qu'avec lui cette étude est d'une étonnante facilité, et offre un réel attrait.

Je n'ai pas l'intention de le décrire en détails, renvoyant pour cela aux publications de l'auteur. Je me bornerai à en rappeler brièvement quelques particularités nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

L'essence de l'appareil consiste en deux trous à travers lesquels on regarde un test formé de lettres. Ces trous peuvent être horizontaux, verticaux ou obliques, être plus ou moins distants, être masqués partiellement, en totalité, l'un après l'autre, les tests peuvent être aussi horizontaux, ou verticaux, ce qui donne à l'appareil la possibilité de fournir des combinaisons multiples. Il en existe deux modèles, qui ne diffèrent que par les distances relatives du test aux trous, des trous aux yeux, l'un pour la vision à 30 centimètres ; l'autre à 1 mètre 25.

Quand un sujet normal regarde au diploscope, les deux trous étant vus par chaque œil, il voit en réalité quatre trous et quatre lettres. Le mot du test (K0 LA par exemple) est choisi de telle sorte que les consonnes K L soient vues par l'œil droit, les voyelles O A par l'œil gauche. Si donc un sujet ne voit que O A, on peut en conclure immédiatement qu'il ne voit pour quelque raison que de l'œil gauche.

Mais s'il voit les quatre lettres, il ne les voit pas nécessairement dans l'ordre. Les distances respectives peuvent varier, et ces variations affectent deux modes généraux différents.

Dans les deux cas, l'enchevêtrement des lettres K0 LA se modifie, mais dans un premier mode la translation tend au décroisement des lettres, dans le second au croisement. La loi de Desmarres : « quand les axes oculaires se croisent, les images se décroisent », nous permet d'interpréter ces déplacements. Ainsi les modifications suivantes du texte primitif K O L A :

K OL A
K L A
K L O A

indiquent des degrés progressifs de divergence, et inversement

K OL A
O K A L
O A K L

marquent au contraire de la convergence.

Il serait trop long de décrire ici les expériences verticales, utiles cependant. Je veux seulement exposer l'expérience à trois lettres, que Rény appelle « stéréoscopique. » (1)

Pour l'exécuter, les trous horizontaux sont rapprochés : le test comprend trois lettres

(1) On pourrait, au lieu du doigt, employer l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt, mais, dans cette épreuve objective, je tiens peu le compte des sensations du patient, que le diploscope permet d'interroger bien plus complètement.

(1) On pourrait dire plus exactement « pseudoscopique ».

seulement, dont les deux extrêmes sont vues en vision croisée et la médiane par les deux yeux. Si l'équilibre musculaire est rompu, cette dernière lettre cesse de paraître simple : le sens et l'étendue de l'écartement donnent la notion du genre de la déviation et la mesure du déficit musculaire.

*
* *

Il est facile, d'après ces connaissances, de déduire de quelle façon l'on doit procéder dans la recherche de l'insuffisance musculaire, et de concevoir quels services peuvent rendre les diploscopes, tant dans la détermination que dans la cure de l'anomalie.

Avant de passer à l'appareil, l'acuité visuelle aura été prise, la réfraction mesurée ; les milieux et membranes interrogés. Il est évident que devant une acuité trop inférieure d'un œil, il est inutile d'aller plus loin. S'il n'y a pas d'anisopie notable, si à plus forte raison les deux yeux sont égaux, on essaie la première épreuve.

Et alors on trouve, non sans surprise au début, que, dans un nombre relativement grand de cas, il n'y a pas de vision binoculaire.

Ailleurs, cette vision n'existe que pour les objets éloignés (au grand diploscope) ; elle est monoculaire pour les objets rapprochés (petit diploscope).

Cette absence de vision binoculaire est d'autant plus étonnante que, d'abord, il n'existe point de déviation apparente qui permette de la prévoir, et aussi qu'elle coïncide souvent avec une isopie presque complète, et même parfois avec une acuité parfaite de chaque œil isolé.

Quel est l'œil utile, l'œil directeur dans ces cas ? C'est chose variable ; le plus souvent c'est l'œil le meilleur. Ceci est vrai d'une façon absolue. Ainsi de deux yeux astigmés, le directeur sera celui dont la droite focale verticale pourra être le plus facilement amenée sur la rétine. A égalité d'acuité, il semble que ce soit le droit qui soit le plus volontiers utilisé, ce qui s'expliquerait facilement par le rôle prépondérant joué par le côté droit, au moins chez les droitiers.

Il ne suffit pas de constater qu'il y a absence de vision binoculaire. Il faut encore, par les différentes expériences dont l'appareil est susceptible, par des jeux de prismes, tâcher à faire renaître cette vision. Une fois la diplopie réapparue, il est facile de déterminer le sens et l'étendue de la déviation, nous tombons alors dans le second cas.

La vision binoculaire existe et alors :

Ou les lettres sont vues dans l'ordre : si cet état se maintient après un certain temps d'examen, on peut en conclure qu'il y a suffisance musculaire parfaite. S'il y a asthénopie, il faut chercher une autre cause ;

Ou bien les lettres sont vues dans des positions anormales (1) : il y a une déviation que nous avons appris à interpréter ; l'équilibre de la statique oculaire est rompu ; l'insuffisance musculaire existe.

Il ne suffit point de la constater. Il faut en observer les modalités, en préciser les conditions. Se manifeste-t-elle de près, de loin ? dès le début de l'examen ou après un certain temps ? A quel point la fatigue l'exagère-t-elle ? Comment est-elle influencée par les verres correcteurs ? Enfin quel degré de prisme est suffisant pour la neutraliser ? Toutes questions qu'il est important, nécessaire, de résoudre.

*
* *

Ceci posé, quels sont les enseignements pratiques qui découlent de ces observations ?

Tout d'abord, une constatation s'impose : l'insuffisance musculaire est loin d'être rare. Si l'on soumet à un examen systématique toutes les personnes qui, pour les causes les plus diverses, se présentent en une clinique d'yeux, on en trouve un grand nombre qui en offrent à tous degrés.

Justement en raison de ce fait que les sujets examinés sont pris dans un matériel de clinique ophtalmologique, il est certain que les vices de réfraction coïncident beaucoup plus souvent que l'emmétropie avec cette anomalie. Les myopes forts non corrigés présentent souvent l'exclusion d'un œil ; les myopes faibles, les hypermétropes, surtout avec astigmie, offrent de l'insuffisance relative avec une égale fréquence : néanmoins, les emmétropes n'en sont pas dépourvus.

(1) Le déplacement des lettres n'existe pas souvent au début de l'examen. D'abord, le sujet lit par exemple Kola ; puis les lettres médianes se rapprochent, empiètent, puis se croisent, et vont jusqu'à constituer K L O A jusqu'à ce qu'un effort vienne ramener le texte primitif. Quand la déviation est immédiate, on se trouve devant un état grave.

J'ai rencontré des observations très démonstratives à cet égard.

Une dame L..., âgée de 51 ans, hypermétrope de + 0, 75, sans astigmie, présente une céphalée continuelle, et des migraines très fréquentes. Etat général assez mauvais, neurasthénie, métrorragies. On pourrait penser à l'asthénopie accommodative, mais l'Acc. n'est pas seule en jeu ; le diploscope montre une insuffisance très marquée (doublement de la lettre médiane). La correction de l'hyperopie donne à la vision sa netteté, mais l'insuffisance persiste, et avec elle les douleurs.

Un de nos confrères, le docteur D..., présente un accès de migraine. Au diploscope : insuffisance du 1er degré. Réfraction : O D = E V = 1 ; OG = O° — 0.50 V = 1. Ce jour-là, ce confrère, momentanément surmené, avait lu pendant quelques heures en omnibus. Les jours suivants, après le repos, l'insuffisance avait disparu.

Ceci montre en outre. Un autre caractère important de ce symptôme : sa grande variabilité. D'un jour au suivant il peut s'être modifié.

Une observation très démonstrative qui, à d'autres égards, ne manque point d'intérêt :

Il s'agit d'un petit garçon de 8 ans, hypermétrope, qui en septembre 1903 se plaignait de maux de tête, en même temps qu'on constatait chez lui de l'inaptitude au travail. Il était amené avec sa sœur, laquelle voyait trouble également quand elle lisait. Or les symptômes étaient tout différents. Hypermétrope, elle aussi, elle présentait de l'irritation blépharo-conjonctivale, un peu de sécrétion matinale, du larmoiement facile qui devenait particulièrement abondant après la lecture. *Elle n'avait jamais de maux de tête.*

Le garçon présentait une insuffisance du 3e degré avec vision binoculaire intermittente. La petite fille avait une suffisance parfaite.

La réfraction fut corrigée chez les deux. Chez la sœur tout rentra dans l'ordre : chez le frère, les céphalées persistèrent. Je fis interrompre tout travail, prescrivis une alimentation abondante.

Dans les 2 cas il s'agissait d'asthénopie ; mais simplement *accommodative* chez la fille, elle était aussi *musculaire* chez le garçon. J'insiste sur la présence du larmoiement de fatigue, qui est caractéristique des irritations ciliaires, très réflexigènes, et qui faisait défaut chez le garçon.

Quelques mois après, je revis le petit malade.

Je voulus le montrer à plusieurs personnes comme un cas typique. Mais à mon grand étonnement l'insuffisance avait totalement disparu ; la mère m'apprit en même temps que les maux de tête avaient cessé.

On le remit au travail ; insuffisance et céphalée reparurent, et il fallut de nouveau interrompre les études.

Nous pouvons donc conclure de cette observation, confirmée par bien d'autres, que l'insuffisance, très sujette à varier, suit les phases de l'état général, augmentant par la fatigue, disparaissant par le repos.

Enfin, l'influence de cette insuffisance sur la genèse des céphalées est on ne peut mieux établie ; et plus encore, la spécificité de cette influence est démontrée, en conséquence de ce fait que l'asthénopie d'accommodation n'a, sur des enfants de même famille, de même âge, par conséquent sur des terrains aussi semblables, aucune action du même genre.

Bien que l'insuffisance porte, ou du moins doive porter sur tous les muscles, c'est surtout sur les droits internes et dans la convergence qu'elle se manifeste. Si bien qu'insuffisance musculaire est pour nous presque synonyme d'insuffisance de convergence.

En réalité, il n'en est pourtant pas ainsi : l'insuffisance de divergence portant sur les droits externes existe.

Elle a moins l'occasion de se manifester : il faut souvent pour cela une cause fortuite. Témoin le cas de ce jeune homme, souffrant d'asthénopie avec céphalée, à qui, par suite d'une erreur de l'opticien, des prismes hypercorrecteurs avaient été donnés. Au lieu de la guérison attendue, il vit la céphalée s'exacerber, mais changer de caractère et devenir temporale, au lieu de frontale qu'elle était auparavant. Les prismes furent diminués et cette fois le calme désiré fut atteint.

J'en reparlerai à propos du traitement. Il existe aussi de l'insuffisance des éleveurs et des abaisseurs.

Mais enfin, c'est surtout la convergence qui est atteinte. Cela se comprend facilement si l'on songe que les droits internes ont un surcroît de travail considérable, surtout chez les individus qui lisent ou travaillent de près. Et

c'est la majorité. Il faut aussi ajouter ce fait que la convergence semble exiger un effort plus grand de la part du muscle que l'adduction. Ainsi, dans un cas que mon maître M. Jocqs et moi avons publié de strabisme divergent avec état atrophique du muscle, l'adduction était en partie conservée ; la convergence n'existait pas même à l'état d'ébauche. Après renforcement du muscle par avancement et résection large, l'adduction était complète; mais la convergence demeura insuffisante.

*
* *

L'insuffisance musculaire engendre l'asthénopie musculaire, très différente de l'asthénopie accommodative. A son degré le moins élevé, elle se présente ordinairement ainsi :

Après un temps variable de fixation rapprochée (lecture, écriture, couture, etc.), les lettres, les lignes, et les objets cessent d'être vus nets ; ils semblent grossis, puis se dédoublent, ils marchent en sens contraire, se croisent jusqu'à ce qu'un effort de convergence les réunisse et les confonde : le phénomène se reproduit bientôt ; finalement la diplopie devient constante et le travail doit être suspendu.

Dans l'état le plus grave de l'insuffisance, la diplopie, qui n'existait que pour la vision rapprochée devient permanente : la vision simple n'est possible qu'avec un effort. Si l'on n'y remédie, il y a rapidement neutralisation d'une rétine. Un œil est alors exclus de la vision.

Il ne m'a jamais été possible de suivre le processus jusqu'à cette terminaison. Mais outre qu'elle est logique, et concorde avec ce que nous savons de la neutralisation rétinienne, une constatation contribue à la rendre vraisemblable. Les individus qui présentaient au diploscope la vision monoculaire sans amblyopie d'un œil, ce qui prouvait que la chose était d'origine récente, lorsqu'on leur demandait s'ils souffraient de céphalées, répondaient qu'ils avaient beaucoup souffert jusqu'à un certain moment, après lequel leurs maux de tête avaient disparu comme par enchantement. Or, pour moi, céphalée et insuffisance musculaire sont termes synonymes, et je ne doute pas que la disparition des céphalées ne coïncide avec l'époque où l'insuffisance est non point guérie, mais neutralisée par l'exclusion d'un œil. Ce phénomène serait donc un procédé naturel qui remédierait à l'asthénopie : et la fréquence de celle-ci expliquerait au mieux la fréquence de celui-là.

La céphalée, ai-je dit, est la compagne obligée de l'asthénopie musculaire. Pour prouver ce fait, outre mon importante observation personnelle, j'en ai apporté une autre aussi démonstrative. Je crois inutile et fastidieux d'en aligner davantage. Je me bornerai à dire que *tous les* sujets que j'ai examinés et qui présentaient de l'insuffisance avec conservation de la vision binoculaire, se plaignaient de maux de tête ou de migraines.

Ces douleurs ont des caractères spéciaux. Elles sont frontales, médianes, quelquefois temporales. Sourdes et continues, elles représentent plutôt une sensation de tension, de constriction, qu'une véritable douleur. Elles peuvent s'exacerber, devenir pulsatives, violentes, envahir toute la tête, ou se localiser avec ce caractère d'un côté ou de l'autre du crâne, constituant une véritable migraine, quelquefois même accompagnées de nausées.

Un argument décisif nous est fourni par le traitement : lorsqu'on guérit l'insuffisance, la céphalée disparaît.

Pour me résumer, la céphalée existe, avec des caractères spéciaux, chez presque tous les sujets atteints d'insuffisance : elle disparaît avec celle-ci et reparaît avec elle. Je crois qu'on peut, sans s'aventurer, conclure qu'elle est causée par elle.

On peut observer cependant quelques sujets qui, bien qu'ayant une insuffisance légère, sont exempts de cette conséquence. Ce sont des emmétropes ou des myopes faibles — 0,50 — 0,75. La raison en est simple : ils ont une vision très nette, qui les dispense de rapprocher, partant de converger.

*
* *

Chez qui rencontre-t-on l'insuffisance musculaire ? Je ne l'ai à peu près jamais observée chez des gens bien portants. On la trouve chez les convalescents de maladie grave, les enfants chétifs, les jeunes filles chlorotiques, les femmes sujettes aux hémorragies, anémiées par des pertes, les dyspeptiques, les neurasthéniques, des sujets habituellement surmenés ou momentanément déprimés.

*
* *

C'est ici le moment de chercher une explication pathogénique de ces faits.

Deux questions doivent être envisagées.

D'où vient l'insuffisance ?

Par quel mécanisme produit-elle la céphalée ?

Remarquons d'abord que l'insuffisance est l'apanage d'individus hyposthénisants, dont nous venons de donner une longue énumération. Or, chez eux, la musculature générale est dans un état particulier qui se traduit par un phénomène bien connu : l'inconstance de l'effort. Au début du moins, les muscles n'ont point perdu de leur force : ils pourront fournir encore un effort notable quasi normal : mais cet effort ne pourra être maintenu : si on les interroge au dynamomètre ou à l'ergographe de Mosso, les contractions successives s'inscriront en une courbe rapidement décroissante et tendant vers zéro. La force absolue subsiste donc, mais la puissance dynamique est abaissée, et l'énergie, qui est la demi-somme des forces vives, amoindrie.

Plus tard, il est vrai, la force absolue du muscle diminue elle aussi. Il y a une réelle impotence.

En résumé, chez ces sujets, la fatigue survient plus vite que chez d'autres : l'effort ne peut être soutenu.

Or, c'est précisément ce que nous observons dans les mouvements oculaires. Pour ne citer que la convergence, celle-ci est possible au début de l'effort, mais elle ne peut être maintenue : la courbe de travail s'abaisse, les yeux tendent au parallélisme.

Il n'y a donc là qu'une détermination particulière et localisée, d'un état général de myasthénie.

Or, cette myasthénie est très vite douloureuse. Quand le muscle se fatigue, la courbature apparaît, celle-ci d'autant plus douloureuse et ténace que celle-là a été plus intense. Qui ne connaît ces courbatures qui surviennent chez les asthéniques, les surmenés, généralisées à la suite d'un exercice violent de tout le corps, quelquefois étonnamment localisées, quand l'effort a porté principalement sur un groupe musculaire spécial. Il suffit de citer la courbature des droits de l'abdomen à la suite d'un saut ou d'une flexion forcée du buste ; de la masse lombaire après un redressement exagéré ; du quadriceps crural après un assaut d'armes, etc.

Ne peut-on admettre que les muscles de l'œil n'échappent pas à ce phénomène et que la douloureuse courbature survient chez eux, comme chez tout muscle d'asthénique qui travaille un peu trop. Que cette courbature, en raison de la situation orbitaire du muscle, de son insertion profonde sur l'anneau de Zinn se présente sous forme de céphalée. Quoi de plus simple ! Qu'elle soit particulièrement ressentie, n'est-ce point naturel, en raison de l'innervation de cette région, si propice aux irradiations sensibles, grâce à un nerf sensitif, si développé.

Je rappellerai d'ailleurs que dans les opérations de strabisme, les tiraillements exercés sur le muscle sont très pénibles pour les opérés et ressentis par eux sous forme de céphalalgies, qui persistent souvent un ou deux jours.

C'est là une hypothèse qui me paraît bien vraisemblable : et je me crois autorisé à proposer pour désigner au lieu du mot « insuffisance musculaire », qui exprime un effet et non une cause, l'appellation de *myasthénie douloureuse*, qui a l'avantage de comprendre les deux symptômes cardinaux et de rappeler le phénomène d'ordre général, dont l'état qui nous occupe n'est qu'une détermination.

Ma conviction, purement personnelle d'ailleurs, est que cette myasthénie douloureuse de l'œil est une conséquence que l'on retrouve après les maladies générales, les intoxications, les affections cachectisantes, et toutes les causes de dépression physique, et que la céphalalgie décrite dans bien des cas comme un symptôme particulier, par exemple le casque des neurasthéniques, n'aurait point d'autre cause ni d'autre mécanisme.

*
* *

Nous pouvons résumer ainsi ce qui précède. Il existe, chez un assez grand nombre de sujets, un état d'insuffisance des muscles de l'œil, en particulier de ceux de la convergence, état que le diploscope permet de mettre en évidence d'une façon commode.

Chez ces sujets on trouve d'une façon plus ou moins marquée un état de myasthénie générale, dépendant de causes diverses.

Ceux de ces sujets qui pour une raison quel-

conque mettent en jeu d'une façon spéciale leur musculature extrinsèque, myopes —, astigmes, emmétropes en certaines conditions (mauvais éclairage, fins caractères), hypermétropes quelquefois, presbytes surcorrigés, — présentent souvent une céphalée frontale, dégénérant parfois en migraine caractérisée.

En présence de ce parallélisme constant entre l'état musculaire et la céphalée on a le droit, semble-t-il, d'attribuer celle-ci à celui-là.

Quant au mécanisme par lequel ils se rattachent l'un à l'autre, on peut le concevoir de la manière suivante que la présence de douleurs au niveau des autres muscles fatigués chez ces sujets rend particulièrement vraisemblable :

La céphalée ne serait que l'expression de la courbature des muscles oculaires fatigués. Cette courbature, toujours et partout douloureuse, prendrait ici une forme particulière en raison de la situation, et du mode d'insertion de ces muscles.

*
* *

Le traitement de la myasthénie douloureuse de l'œil est facile à concevoir, mais délicat à appliquer. Les moyens ne manquent pas pour pallier ou guérir cet état : mais il faut en faire un choix rationnel et une application judicieuse.

Tout d'abord, un diagnostic causal précis est nécessaire, car la nécessité du traitement causal se montre ici dans toute sa rigueur.

La myasthénie douloureuse de l'œil n'est que la traduction d'un état général, la détermination locale d'une asthénie provoquée par le surmenage relatif d'un appareil moteur qui, en raison des habitudes actuelles de vie, travaille d'une façon spéciale.

Le traitement général, visant à supprimer la cause, doit, quand la chose est possible, être institué.

Est-ce à dire que localement il soit inutile ou impossible de faire quoi que ce soit ?

Bien loin de là, nous sommes en présence de muscles insuffisants et les règles de la cure de la fatigue musculaire sont applicables en l'occurrence.

Malheureusement, en raison de la situation de la musculature extrinsèque de l'œil, la précieuse ressource du massage est inutilisable.

Il nous en reste deux autres : le repos et le mouvement méthodique.

Le repos peut être réalisé de différentes manières : le repos complet s'obtient par la cessation de tout travail rapproché ; on peut rendre cette prescription effective, tout au moins chez les emmétropes et les hyperopes, en paralysant l'accommodation par l'atropine.

On peut obtenir le repos relatif des muscles en suppléant à leur action par les verres prismatiques.

Chacun sait que les prismes déviant les rayons lumineux vers leur base, il en découle cette propriété que le prisme supplée le muscle vers lequel sa base est orientée.

Les prismes se prescrivent seuls ou associés à d'autres verres : mais on peut obtenir un effet prismatique en décentrant un verre sphérique, surtout s'il est puissant, car il présente des parties plus ou moins épaisses.

Le prisme est une arme à double tranchant. Supprimant l'action du muscle, il conduit celui-ci à l'atrophie, et l'on voit en effet, sous son influence, la divergence augmenter.

Pour y remédier, il faut procéder à des exercices méthodiques : et nous n'avons pas de meilleur appareil pour les provoquer que le diploscope. Ces exercices doivent être dosés suivant l'état des malades et la marche du traitement. Il faut ici un certain doigté que la pratique seule permet d'acquérir.

Tous ces moyens du reste demandent à être, je le répète, judicieusement employés. Suivant les cas, l'on prescrira le repos complet, le repos absolu (avec atropine), le repos relatif. C'est une question d'appréciation clinique.

Ceci posé, voici comment je comprends la cure de la myasthénie douloureuse.

Avant tout, je corrige au mieux la réfraction s'il y a lieu et ceci est d'une importance capitale.

Chez un astigme, par exemple, la principale cause de l'excès de convergence et du surmenage qui en est la conséquence est dans le manque de netteté de la vision. La correction de l'astigmie permettra au sujet d'éloigner davantage et de fatiguer moins.

C'est ainsi qu'il faut entendre et considérer comme très juste le mot de Javal : « Pour ceux qui corrigent exactement les défauts de réfraction, les asthénopies rebelles deviennent une rareté ».

Chez le myope fort, les verres qui éloigne-

ront son remotum diminueront sa convergence et sa fatigue.

Chez l'hyperope la correction fera tomber la convergence instinctive que le sujet appelle à son secours pour soutenir son effort accommodatif.

Ceci fait, et fait dans tout état de cause et avant tout, plusieurs cas peuvent se présenter.

On peut se contenter bien souvent de ce premier moyen, qui suffit à ramener le calme et ceci arrive quand la myasthénie peu accentuée est la conséquence d'un état passager, auquel du reste les patients ont reconnu la nécessité de se soustraire.

Corriger la réfraction, conseiller de modérer le travail, et tout est dit.

Dans les cas plus graves, chez des neurasthéniques avérés par exemple, il faut instituer le traitement général, dans lequel les moyens physiothérapiques ont une si grande part.

Si l'insuffisance n'est pas trop forte, ni la dépression trop profonde, on pourra se contenter du repos relatif des yeux en prescrivant les prismes.

Pour choisir ceux-ci, on aura encore recours au diploscope, qui servira de critérium montrant que la correction est atteinte.

L'expérience m'a convaincu qu'il ne fallait jamais chercher à réaliser complètement celle-ci. Il faut aider le muscle, non point l'annihiler. Celui-ci en effet ne relâche jamais à fond son effort, et il se fait derrière le prisme une surcorrection qui met en jeu les droits externes, et remplace le surmenage des droits internes par celui des antagonistes. J'ai rapporté plus haut un exemple de ce fait.

En général, il ne faut pas dépasser 6° du prisme, quatre degrés seront souvent suffisants.

La céphalée et l'asthénopie disparaissent rapidement. Si elles persistent, il faut, comme dans les cas les plus graves, ceux où il y a tendance à l'exclusion d'un œil, mettre les muscles au repos complet, recourir même à l'atropine.

Puis, quand il y a une legère amélioration, on commence les séances de diploscope, quotidiennes, courtes d'abord — cinq minutes — plus longues ensuite, avec le grand, puis le petit instrument.

Au bout de quelque temps, la lecture sera permise avec des prismes jusqu'à guérison radicale.

Quand l'insuffisance date de longtemps, qu'elle s'accompagne d'exclusion d'un œil, de déviation apparente et de lésions atrophiques du muscle, il faudra alors, mais alors seulement, recourir aux procédés chirurgicaux à l'avancement musculaire, ou mieux capsulo-musculaire, suivant l'ingénieux procédé de notre maître Jocqs.

Mais dans ces cas, ce que l'on peut espérer de plus sûr, c'est la correction d'une difformité. Le rétablissement de la vision binoculaire est chose difficile quoique pas impossible. D'ailleurs ici, les phénomènes d'asthénopie, la céphalalgie, ont depuis longtemps disparu.

Ce n'est pas de la cure du strabisme que j'ai voulu parler, mais de la myasthénie douloureuse et de l'insuffisance légère qu'elle entraîne. J'ai la conviction qu'avec ce traitement bien simple, des états très gênants peuvent disparaître, des amblyopies être évitées, et des céphalées ou des migraines déclarées rebelles, vaincues.

II

Décollement de la rétine. Sérum gélatiné et sérum de Trunecek.

Par le Dr Guibert (La Roche-sur-Yon).

La guérison complète d'un décollement de la rétine, j'entends par là la restitution *ad integrum* de la vision, est chose assez rare, pour que quand le fait se produit, on essaye d'en tirer quelques conclusions pour le traitement en général. Il m'a été donné de suivre le malade dont je rapporte l'observation depuis six ans. Je la résume assez brièvement en ce qui concerne la partie antérieure au décollement du dernier œil, l'œil gauche.

Baug. Victor, à la Tabanière de Chantonnay, âgé actuellement de 35 ans, se présente à ma consultation pour la première fois le 21 juin 1898. Il se plaint de voir un léger brouillard à gauche. Mais avant tout autre examen, ce qui frappe, c'est un tremblement de l'iris à droite, avec cristallin cataracté et luxé en bas et en arrière. Le fond de l'œil est totalement inéclairable par suite de l'organisation du corps vitré. Le malade raconte qu'il a perdu cet œil plusieurs années auparavant sans douleurs et brusquement. Ce qui l'amène au-

jourd'hui, c'est le trouble qu'il éprouve à gauche. L'acuité de ce côté n'est en effet que de 2/3. Le corps vitré est trouble et l'on note des plaques de choroïdite à la périphérie. La réfraction est emmétrope. Je prescris au malade des frictions mercurielles, une potion à la pilocarpine, et des vésicatoires à l'ammoniaque sur la tempe. Le 5 juillet suivant, l'acuité est à peine de 1/2 ; et à ce moment je remarque à la partie supérieure de la papille des hémorrhagies rétiniennes récentes. Je fais une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure et, le 19 juillet, l'acuité est normale pour retomber à 2/3 le 11 août, et revenir à la normale le 1er septembre. J'avais prescrit alors à l'intérieur de l'iodure de potassium avec ergotine et des purgatifs répétés.

La guérison se maintient jusqu'au 31 mars 1899. A cette date, le malade reçoit un coup de queue de vache sur la figure. La vision ayant baissé aussitôt, il revient me trouver et je constate une nouvelle hémorrhagie de la rétine avec corps flottants du vitré. De nouveau, injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, frictions, iodure de potassium et ergotine : guérison en l'espace de deux mois.

Le 25 janvier 1903, nouvelle rechute avec guérison le 16 mars ; enfin, cette année, le 15 janvier 1904, le malade m'est amené, cette fois par son beau-père, parce que la dernière attaque ayant été plus forte, le malade peut être considéré comme aveugle et est incapable de se conduire seul.

Le fond de l'œil est absolument inéclairable ; le corps vitré, au milieu de son trouble, laisse percevoir de larges corps flottants dus à l'hémorrhagie sans aucun doute. Les urines sont normales, comme à chaque fois ; j'entends par là qu'il n'y a ni sucre, ni albumine, une analyse plus complète n'ayant pas été faite. Le cœur n'a rien de pathologique, les artères temporales sont sinueuses. Je commence aussitôt les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure avec acoïne ; l'amélioration est plus lente qu'aux autres fois, aussi après la quatrième, j'ai recours à la formule de sérum gélatiné donnée par de Wecker dans la *Clinique ophtalmologique* du 10 novembre 1901.

L'acuité remonte immédiatement à 1/20, puis à la quatrième injection à 1/5 ; mais alors le fond d'œil s'étant considérablement éclairci, j'aperçois une *bande bleuâtre qui s'étend obliquement de la papille en bas et en dehors*, et qui, avec les vaisseaux noirâtres de sa surface nettement en saillie, ne peut être autre chose qu'un *décollement de la rétine*. C'est alors que, songeant que mon malade est en somme un artérioscléreux atteint d'hémorrhagies à répétition, et que c'est sur *la cause de son décollement qu'il convient surtout d'agir*, j'ai recours au sérum de Trunecek. Toutefois, pour plus de facilité, au lieu d'employer soit les injections, soit les lavements, je lui prescris les cachets de chlorure de sodium, sulfate de soude, phosphate de chaux et de soude conseillés par Lévi (*Médecine Moderne*, n° 51, 1903).

En 8 jours, l'acuité visuelle remonte à 1/4, puis 15 jours plus tard à 2/3, et l'acuité normale est atteinte 1 mois après le début du Trunecek, 3 mois après le début du traitement avec 10 injections de sérum gélatiné !

Le fond de l'œil est absolument transparent. Il n'existe des plaques de choroïdite qu'à la périphérie ; quant à la bande bleuâtre produite par le décollement de la rétine et qui s'étendait de la papille en dehors et en bas, il n'en existe aucune trace ; d'ailleurs, l'acuité normale, sans scotome, permettrait à elle seule de l'affirmer. La guérison remonte à quatre mois : elle s'est bien maintenue, et le malade se livre à ses occupations habituelles de cultivateur.

Entre autres réflexions, ce cas me suggère les suivantes. Il s'agit évidemment d'un cas de décollement consécutif à des hémorrhagies à répétition. On sait que la guérison est peut-être plus facile à obtenir dans ces cas ; il ne faudrait cependant pas perdre de vue la désorganisation finale du globe qui arrive si souvent ; d'autant que l'œil droit du malade, atteint sans aucun doute de la même affection, mais abandonné à lui-même, nous permet d'entrevoir le sort qui était réservé à l'œil gauche, si une thérapeutique efficace, mettons simplement heureuse, n'était intervenue.

Mais ce que je tiens à dire aussi, c'est que le malade a dû faire plus d'une heure de chemin de fer à l'aller aussi bien qu'au retour chaque fois que je lui faisais une injection sous-conjonctivale. Chez lui il ne s'est point alité, se contentant simplement de ne pas travailler quand il a été mieux.

Par contre, j'ai suivi un malade qui a voulu

s'entêter à garder le décubitus dorsal pendant un an ; l'état général s'était tellement aggravé que, sans le sérum de Hayem, qui a remonté le malade, on eût eu un dénouement fatal ; inutile d'ajouter que le décollement n'en fut nullement amélioré, malgré les injections d'eau salée, pointes de feu, injections intra-musculaires de sels mercuriels, etc.

Dans deux autres cas de décollement de la rétine, l'un chez une femme diabétique, l'autre chez un homme dont la mère est aveugle à la suite de papillites hémorrhagiques, j'ai vu des améliorations qui ont porté de 0 à 1/3 et 1/2 ; mais le traitement ayant dû, pour diverses causes, être abandonné, cette amélioration ne s'est pas maintenue.

Soit par l'action vaso-dilatatrice, soit par la diminution de la pression sanguine ou par la minéralisation qu'il produit, le sérum de Trunecek m'a paru avoir une action incontestable sur la marche de la guérison dans ce cas et dans bien d'autres; j'ai par devers moi plusieurs observations d'hémorrhagies de la rétine et du corps vitré, de papillites hémorrhagiques où la combinaison des deux sérums gélatiné et de Trunecek m'a permis d'obtenir une guérison plus rapide et plus complète, d'ailleurs, je publierai ces cas prochainement.

REVUE D'HYGIÈNE

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

NUREMBERG, 4 au 9 avril 1904.

(*Suite.*)

Eclairage artificiel.

Le meilleur éclairage artificiel de la salle de classe est celui qui fournit une lumière suffisante et égale, sans reflets et sans ombre. La lumière électrique indirecte remplit au mieux ces conditions, elle a sur l'éclairage au gaz cet avantage de ne pas vicier l'air par les produits d'oxydation et de ne pas produire de chaleur.

IV. *Plafonds. Murs. Planchers.*

Le plafond sera uni, de couleur blanche ou claire, et lavé à la chaux ou à la colle. Les murs seront unis, et à leur partie inférieure on les recouvrira de panneaux de bois sur une hauteur de 1 m. 50, ou d'une couleur claire non brillante ou même encore d'une teinte verte.

Le plancher doit être pourvu d'un tapis de linoléum, ou de toute autre substance absorbant l'humidité.

V. *Chauffage et ventilation.*

Chaque salle sera pourvue d'un appareil de chauffage pouvant procurer une température de 18 à 19 degrés, quel que soit l'abaissement de la température extérieure. — Le chauffage doit être facile et régulier, il ne nuira pas aux écoliers par son rayonnement, et ne sera pas une cause de malpropreté pour la salle. Le chauffage par un poêle remplira difficilement ces conditions ; aussi lui préférera-t-on un chauffage central et unique. Le chauffage à l'air chaud est très avantageux parce qu'il permet de régler très facilement l'arrivée de la chaleur et de l'air nouveau. Les chauffages à la vapeur et à l'eau demandent une distribution attentive d'air et de chaleur. L'air doit être renouvelé 3 fois par heure. Les canaux de ventilation doivent être unis, et lavés fréquemment.

VI. *Sièges.*

Les sièges seront proportionnés à la taille des élèves et permettront à ces derniers de se tenir correctement. Chaque classe sera munie de bancs de 3 tailles. Les bancs seront faits pour deux places, et seront placés à une distance suffisante pour permettre aux élèves de les quitter sans gêner leur voisins.

C. *Promenoirs.*

Le promenoir sera vaste, long de 20 mètres, large de 11 et d'une hauteur de 5 à 7 m., bien aéré, clarteux, facile à chauffer et à nettoyer.

Les fenêtres seront disposées de façon que leur partie inférieure puisse s'élever et permettre l'arrivée de l'air frais en quantité suffisante.

D. *Lieux d'aisances.*

E. *Cours.*

La cour sera abritée contre le vent froid, et l'humidité, et permettra d'éviter la pluie et la poussière.

Les chemins conduisant à la cour seront bordés d'arbres.

Il y aura dans la cour des arbres en suffisance pour donner de l'ombrage, améliorer l'air et retenir les poussières provenant de la rue. Elle sera pourvue enfin d'une fontaine d'eau potable.

F. *Dépendances.*

Chaque école doit être munie de bains.

Prof. Erismann. — **Orientation des salles de classe.**

1° L'orientation de la salle de classe doit être toute différente de l'orientation de la chambre d'habitation.

2° Tandis que l'exposition au soleil est très désirable pour cette dernière, il en est tout autrement pour la salle de classe.

3° Si on admet qu'une salle où séjournent des hommes en certain nombre doit être exposée pendant un certain temps à la lumière directe du soleil, on fait une exception pour les locaux scolaires, ces derniers ne doivent pas être frappés directement par cette lumière, au moins pendant les heures de classe. Avant tout on cherchera un éclairage régulier et uniforme.

4° L'éclairage constant d'une salle de travail par le soleil est impossible ; on ne doit rechercher que l'éclairage par la lumière diffuse du jour. La lumière diffuse agit très favorablement sur l'œil, tandis que les grands contrastes de lumière dans une chambre exposée au soleil sont fatigants et nuisibles à l'œil.

5° Les rideaux ne peuvent pas garantir suffisamment et sans inconvénients les tables de travail contre l'insolation directe.

6° La lumière diffuse distribuée dans de bonnes conditions (construction correcte, hauteur suffisante des fenêtres, bonne orientation des bâtiments, coloration claire des murs) permet un éclairage suffisant même par les jours couverts.

7° L'échauffement de la salle par la lumière solaire, au printemps et en été peut être nuisible aux écoliers.

8° L'orientation des locaux scolaires suivant la direction du N.-O. au N.-E. sera préférable à toute autre.

M. Grüber. — **Mesures et chiffres concernant l'éclairage des salles de classe.**

L'orateur insiste d'abord sur la variété et sur la différence des procédés employés encore actuellement pour la photométrie. Les procédés subjectifs sont bien plus en faveur que les procédés objectifs plus parfaits. Chaque classe est munie d'un thermomètre, mais on ne trouve pas de photomètre, même dans les classes destinées à l'enseignement supérieur. — L'auteur s'est donné la tâche de rechercher quelle est la quantité de lumière nécessaire à un œil sain pour travailler facilement. D'après les recherches du professeur Cohn, de Breslau, un éclairage de 10 bougies métriques représente la limite inférieure, et un éclairage de 50 bougies métriques le commencement de l'éclairage satisfaisant et suffisant. Le Dr Artur Hartmann est aussi d'avis qu'un éclairage de 10 bougies métriques représente la limite inférieure.

L'orateur présente différents appareils de son invention pour la photométrie, et l'étude de l'éclairage. Il repousse les appareils coûteux et compliqués qui ne sont pas de mise dans une école. On ne doit y employer que des appareils simples, pratiques et à la portée des profanes. Ces appareils ne doivent pas dépasser une puissance de 10 à 50 bougies métriques.

Wingen. — **Photométrie.**

Wingen présente un appareil qui permet à chacun de déterminer en moins de cinq minutes si l'éclairage d'une place quelconque dans une salle est de 10, de 10 à 50 ou supérieure à 50 bougies métriques.

Dr Léonard Bier. — **Sur la valeur du photomètre de Wingen.**

Szuppau. — **Sur un nouveau banc scolaire construit en collaboration avec Eloi Michel.**

Dr Berger. — **Sur un nouveau banc conforme aux exigences hygiéniques et pédagogiques.**

Armin Dimitrovich. — **Principes généraux concernant la construction du banc scolaire.**

Kœnigshœfer (Stuttgart). — **Appareils destinés à favoriser l'attitude correcte.**

Après une introduction sur le développe-

ment de la myopie et ses rapports avec le maintien et l'écriture, l'auteur passe à l'étude des appareils destinés à favoriser l'attitude correcte. Ces appareils peuvent être classés en deux catégories principales.

1. Groupe des appareils destinés suivant la volonté de l'inventeur ou malgré le constructeur à servir de support au corps.

2. Groupe des appareils destinés à servir de guide sans qu'en aucune façon le corps n'arrive à son contact.

Le premier groupe se subdivise en deux grandes catégories : Appareils n'entrant en action qu'au moment où le corps s'incline trop en avant, et appareils qui maintiennent le corps en contact avec le dossier.

La deuxième subdivision du premier groupe est sans intérêt, car hormis les cas pathologiques, aucun maître d'école n'acceptera pour ses écoliers des appareils qui empêchent la liberté des mouvements.

La première subdivision du premier groupe renferme les appareils qui servent à appuyer la tête, la poitrine ou le menton dès que la position correcte de la tête n'est plus conservée.

Etudions maintenant les conditions de l'appareil parfait.

1. Cet appareil doit être simple, léger et pouvoir être utilisé dans la position debout ou assise.

2. Il ne doit s'appliquer sur aucune partie du corps.

3. Il ne doit produire la contraction d'aucun groupe de muscles.

4. Il doit servir avant tout à avertir, et doit soutenir au besoin.

5. Lorsqu'il soutient il ne doit pas produire de gêne.

6. Il doit sans indication spéciale servir au maintien et produire son effet sans que l'écolier puisse échapper à son action.

7. Il doit être adapté à la taille de l'écolier.

8. La tête doit pouvoir garder sa mobilité, même pendant son inclinaison.

Si l'on tient compte de ces principes, on s'aperçoit bien vite que tous les appareils connus pèchent d'une façon ou de l'autre. K. passe ensuite à la critique des différents appareils.

L'auteur décrit l'appareil de son invention et en explique l'emploi. — Cet appareil, très ingénieux, échappe à toutes ces critiques.

(*A suivre.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE

José de Jesos Gonzalès. — **La dionine en thérapeutique oculaire.** (*Cronica Medica Mexicana*, novembre 1903.)

La dionine est un chlorhydrate d'éthyl-morphine qui se présente sous forme d'une poudre blanchâtre, très soluble dans l'eau, dans l'alcool, et insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Son action générale est semblable à celle de la morphine et de la codéine, mais elle est beaucoup moins toxique que ces alcaloïdes.

Si on en applique une petite quantité dans le cul-de-sac conjonctival, on provoque une cuisson intense avec injection de la conjonctive accompagnée d'un abondant larmoiement au bout de peu de minutes, l'œdème conjonctival et des paupières devient excessif.

L'auteur résume les propriétés de la dionine ainsi qu'il suit :

Analgésie locale, action lymphagogue et, comme conséquence, *réabsorption des exsudats; diminution de la tension intra-oculaire.*

De ces propriétés on peut facilement déduire les indications suivantes ;

1° Dans les affections douloureuses du globe oculaire, épisclérites, kératites, ulcères de la cornée, iritis, irido-cyclites ;

2° Quand il s'agit de produire la réabsorption des exsudats ; infiltrations cornéennes, kératites interstitielles ou parenchymateuses, épanchements sanguins ou purulents dans la chambre antérieure, iritis, opacités du corps vitré ;

3° Pour produire l'hypotension ; glaucome, iritis, irido-cyclites.

Contre-indications : 1° Avant tout, on doit proscrire la dionine avant les opérations, car elle rendrait difficile les manœuvres et empêcherait la cicatrisation à cause de l'œdème qu'elle produit ;

2° On doit l'éviter dans tous les cas où, pour la bonne réussite de l'opération, la congestion

et l'œdème conjonctival seraient nocifs : conjonctivite, péri-kérato-conjonctivite, trachome, etc.

Modes d'administration et doses. — On peut l'instiller en poudre à une dose inférieure à 1 centigramme dans les cas de douleurs très vives, ou bien quand il faudra obtenir une action lymphagogue rapide et intense ; mais il est préférable d'utiliser des solutions à 2 % pour produire l'œdème et une concentration encore plus faible pour obtenir l'analgésie ; dans l'un et l'autre cas on instillera la solution goutte à goutte jusqu'à effet.

Darier conseille la solution à 5 %, mais il ne faut pas oublier que c'est un médicament auquel on s'habitue vite et que l'effet obtenu la première fois ne s'obtient pas avec les mêmes doses les fois suivantes.

La dionine n'est pas un véritable agent *curatif* des affections oculaires, mais seulement un médicament symptomatique, analgésique et lymphagogue ; par conséquent on doit lui associer les autres médicaments recommandés dans chaque cas. Elle ne présente pas d'incompatibilité chimique ni physiologique avec les divers mydriatiques et myotiques.

F. B.

MOSLENNIKOFF. — **Iodoforme dans les affections oculaires.** (*Sobrom. Therapia*, N° 6, 1903.)

L'auteur publie un très intéressant travail sur les injections sous-conjonctivales d'éther iodoformé (1 : 52) dans les affections oculaires infectieuses.

Il est nécessaire d'abord d'anesthésier l'œil par la cocaïne ; en outre, il faut, pendant l'injection, asperger l'œil à l'eau de façon à soustraire la conjonctive à l'action de l'éther, étant donné qu'une partie du liquide injecté s'écoule de nouveau en dehors. C'est dans le même but qu'on maintient les paupières ouvertes pendant deux à quatre minutes. Immédiatement après l'injection, l'iodoforme commence à se déposer et il ne disparaît que progressivement et assez lentement.

L'auteur a commencé par étudier sur des lapins l'action des injections sous-conjonctivales. A trois lapins, il a injecté dans l'épaisseur de la conjonctivite des deux yeux un mélange de bouillons de culture pure, âgés d'un ou de deux jours, de streptocoque jaune.

Dès le deuxième jour, au moment où sont survenus des phénomènes d'infection très prononcés, il a injecté, sous la conjonctive, de l'éther iodoformé en quantité de 2 à 3 divisions. L'injection n'a été faite que dans un seul œil, l'autre servant de témoin. Les yeux étaient protégés par un masque.

Dans le cours de la maladie on n'a eu recours à aucun traitement, sauf aux lotions à l'eau distillée.

A un quatrième lapin, chez lequel on a inoculé les yeux de la même façon que chez les trois premiers, le traitement par les injections sous-conjonctivales a été commencé immédiatement après l'inoculation. L'action immédiate des injections s'est traduite par l'apparition d'une tuméfaction péricornéenne ; pendant les premiers jours la conjonctive était œdématiée et fortement irritée ; parfois il y avait des ecchymoses sous-conjonctivales ; tout cela disparut par la suite.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Chez le prêmier lapin, l'ulcère purulent de la cornée s'est cicatrisé le cinquième jour avec tache ; sur l'autre œil la cicatrisation s'est faite au bout de douze jours, accompagnée également d'une tache.

Chez le deuxième lapin, l'œil témoin a été perdu le septième jour par panophtalmie, quant à l'œil traité, l'ulcération s'est cicatrisée, laissant une tache.

Chez le troisième lapin, l'œil témoin a été perdu le quatorzième jour par panophtalmie ; l'autre œil a gardé une tache.

Chez le quatrième lapin, il s'est formé par la suite une tache de la cornée au lieu de l'infection.

L'auteur a ensuite employé cette méthode de traitement sur sept malades. Sur ces sept malades deux étaient atteints d'ulcère suppuré de la cornée, les cinq autres d'ulcère suppuré avec collection de pus dans la chambre antérieure.

L'auteur s'est préalablement assuré que l'introduction sous-conjonctivale d'éther iodoformé n'est pas nuisible à l'œil humain par une expérience sur un œil condamné à l'énucléation .

L'action immédiate des injections sous-conjonctivales s'est traduite en ceci :

Immédiatement après l'injection, tous les malades ont ressenti une douleur dans l'œil ;

cette douleur pas trop intense disparaissait au bout de quelques minutes.

Pendant les premiers jours, la réaction a été très intense : œdème de la conjonctive envahissant, parfois des ecchymoses. Tous ces phénomènes disparaissent par la suite; on n'a jamais observé de gangrène de la muqueuse. Les injections diminuaient dès les premiers jours la sécrétion conjonctivale.

Quant à l'influence exercée sur la marche et la terminaison du processus ulcératif de la cornée, tout ce qu'on peut dire, c'est que cette méthode de traitement n'aggrave pas la situation, peut-être atténue-t-elle la force du virus.

Ajoutons à ce propos que Sneguireff fait remarquer que les injections sous conjonctivales ne peuvent pas — à l'encontre de ce qu'affirme Moslennikoff — ne pas être douloureuses — à en juger tout au moins d'après ce qui se passe dans les injections sous cutanées d'éther.

Du reste, un troisième auteur russe, Blagovetschevsky, en se basant sur des observations personnelles, confirme la manière de voir de Sneguireff.

J. R.

Trousseau. — **Traitement des cataractes traumatiques.** (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, déc. 1903.)

L'auteur, dans une revue rapide et complète, expose l'utilité thérapeutique et l'importance pronostique de l'asepsie de la plaie. Dans les cas sans infection retarder le plus possible l'intervention. L'opération la plus fréquemment indiquée est la ponction avec ou sans aspiration des masses molles. Mieux vaut laisser quelques masses molles que d'insister, ce qui augmenterait les risques d'issue de vitré. Les complications les plus redoutables sont : le glaucome, l'iridocyclite et surtout l'infection. Avant tout et par-dessus tout temporiser.

Dr A. B.

Gabrielidès. — **Traitement de la kératite pneumococcique par la bile.** (*Revue médico-pharmaceutique*, sept. 1903.)

L'auteur s'appuie sur la destruction observée dans les cultures du pneumocoque par la bile de lapin. Par instillation, sans lavage préalable, d'une goutte de bile conservée depuis 8 jours, il soigna pendant 3 jours un cas de conjonctivite à pneumocoque avec adénite L'examen du pus au 3e jour ne montrait plus de pneumocoque ni de streptocoque. Ensuite le malade fut remis au sulfate de zinc.

Rogman. — **Sérothérapie préventive dans l'opération de la cataracte.** (*Belgique Médicale*, juin 1904.)

L'auteur, pour pouvoir opérer sur un œil légèrement infecté et s'appuyant sur les dernières découvertes de Rœmer (de Wurtzbourg), eut l'idée d'injecter préventivement à sa malade du sérum antistreptococcique et du sérum de Rœmer. Il avait, un mois auparavant, excisé le sac lacrymal qui suppurait. Dans un second cas, dont les voies lacrymales étaient saines, mais qui était atteint d'ozène, les deux injections furent faites quatre heures avant l'extraction.

Dr. A. B.

G. Gérard. — **Traitement du trachome,** (*La Pédiatrie pratique*, déc. 1903.)

Dans cet article forcément trop bref, nous relèverons seulement quelques idées directrices ou plus importantes. D'abord l'auteur distingue nettement le trachome des conjonctivites folliculaires, aiguës ou chroniques ; il insiste sur la nécessité « d'un traitement régulier pendant un temps souvent très long »; avant tout combattre l'inflammation et modifier la conjonctive en évitant autant que possible la rétraction cicatricielle. Il recommande ensuite le crayon mitigé de Ginestous (orthoforme et sulfate de cuivre), ainsi que nombre de produits connus, parmi lesquels on ne trouve pas le protargol (qui réussit cependant dans un grand nombre de cas chroniques, peu secrétants, et en voie de cicatrisation). Les différentes méthodes chirurgicales : massage, brossage, expression, sont exposées sans que l'auteur marque une faveur spéciale pour l'une d'elles.

D. A. Bouchard.

BIBLIOGRAPHIE

G. Ovio (Padoue). — **Observations de physiologie oculaire sur le champ visuel (Sul campo visivo ; osservazion di fisiologia oculare).** (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 5-6, nov-déc. — 1903), p. 181 à 188).

Par des observations faites en fixant des étoiles, des becs de gaz, la lune, etc., Ovio a reconnu que son champ visuel dépasse les 90 degrés du côté temporal, et atteint au moins l'angle droit dans les autres directions, en évitant, bien entendu, pendant l'expérience, les obstacles représentés par le nez ou l'arcade orbitaire. L'étendue du champ visuel varierait, d'ailleurs, suivant l'intensité d'éclairage, absolue et relative, des objets d'épreuve et suivant leur dimension. A une très courte distance de la fovea, la sensibilité rétinienne serait encore plus exquise que dans la fovea même, car de toutes petites étoiles seraient invisibles en voulant les fixer directement et apparaîtraient nettement par une fixation de 5° à 10° excentrique. En fixant des étoiles très petites, l'épuisement se manifeste dans la vision centrale ; en fixant une étoile très brillante, on voit la sensibilité rétinienne s'épuiser graduellement de la périphérie vers le centre, car les étoiles les plus petites disparaissent les unes après les autres, à commencer par celles les plus éloignées du point de fixation.

A. Antonelli.

G. Ovio (Padoue). — **Mouvements des yeux et de la tête associés (Movimenti degli oculi et movimenti del capo combinati ; osservazioni de fisiologia oculare).** (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI fasc. 5-6, (nov.-déc. 1903), p. 190 à 197.)

Ovio fait remarquer que, dans les conditions habituelles, nous associons toujours les excursions oculaires, dans le champ de regard ; sans diminuer le champ visuel, on est plus prêt aux réflexes éventuellement provoqués par la vision périphérique ou d'avertissement, et l'on conserve mieux l'appréciation visuelle des rapports des objets dans l'espace.

A. Antonelli.

A. Bietti. — **Contribution clinique à l'étude de la « Keratitis disciformis » de Fuchs et de la « Kératite parenchymateuse traumatique (Contributo clinico allo studio della cheratite disciforme di Fuchs ed alla questione di una cheratite parenchimatosa traumatica).** (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 5-6, (nov.-déc. 1903), p. 198 à 219, avec une planche.)

Des trois cas observés par Bietti, le deuxième reproduisait exactement la description de la *kératite disciforme* de Fuchs, tandis que le premier et le troisième représentaient des formes atypiques, à rapprocher des cas publiés par Grunert et Pfister (*kératite annulaire*). Il est prouvé pour un certain nombre de cas et probable pour d'autres que ces kératites sont consécutives à des traumatismes, parfois minimes et passés inaperçus, et à un processus infectieux atténué. Pour quelques cas d'infiltration parenchymateuse suivie de vascularisation (formes hybrides de kératite interstitielle, parfois analogues à la kératite disciforme ou annulaire, Vossius et ses élèves ont également signalé l'origine traumatique. Enfin, le traumatisme peut agir comme cause occasionnelle, pour provoquer la kératite interstitielle, chez des sujets cachectiques. La question a aussi son importance au point de vue médico-légal.

A. Antonelli.

L. Bardelli. — **Contribution à l'étude de la kératite filamenteuse** (*Contributo allo studio della Cheratite filamentosa*). (*Annali di Ottalmologia*, anno XXXIII (1904) fasc. 1-2, pages 3 à 17, avec une planche.)

D'après un cas clinique et d'après les observations microscopiques y relatives, Bardelli croit que l'épithélium cornéen constitue, par prolifération anormale, un bourgeon qui se soulève et acquiert ainsi un pédoncule. Les mouvements du globe et des paupières opéreraient ensuite la torsion de ce pédoncule et son allongement grâce aux tractions sur les parties contiguës de l'épithélium, qui adhèrent aux couches profondes d'une façon plus ou moins lâche.

A. A.

DATIGALONGUE.— **Contribution à l'étude u pemphigus oculaire.** (*Thèse de Bordeaux* 903.)

Aux cas déjà connus et empruntés pour la lupart à la monographie de Pergens, l'au- ur ajoute deux observations recueillies à ordeaux. L'une est due au Dr Martin, l'au- re a été recueillie à la Clinique de l'hôpital aint-André dans le service du Prof. Badal.

Le Dr Dartigalongue résume de la façon ivante l'étude très consciencieuse qu'il a ite de cette singulière affection :

Le pemphigus oculaire est une maladie de us les âges, atteignant aussi bien l'homme ue la femme, à évolution progressive et fatale. peut s'accompagner, ou non, de bulles sur conjonctive et sur la cornée. Dans la grande ajorité des cas, on peut observer des uptions bulleuses soit sur les autres muqueu- s, soit sur le revêtement cutané.

Le contenu des vésicules est clair et citrin, reux, sérosanguinolent, muqueux, muco- rulent, et quelquefois nettement purulent hémorragique.

Tandis que sur les autres muqueuses la ré- ration des tissus se fait, en général, d'une çon intégrale, sur la conjonctive et la cor- e, elle n'a jamais été constatée, et l'atrophie catricielle ne cesse de faire des progrès jus- à la perte de la vision.

L'étiologie en est fort obscure et nous pen- ns, avec des auteurs autorisés, devoir attri- er de tels troubles à une lésion encore in- nue.

Aucun traitement chirurgical ou médical pu enrayer la marche progressive de la ladie. Cependant le traitement ordinaire s complications est indiqué.

IENNE ROLLET. — **Les kératites des hérédo-syphilitiques et leur traite- ment.** (*Revue gén. d'opht.*, n° 1, 1904).

L'auteur fait ressortir l'impuissance relati- e, en tout cas, l'irrégularité d'action du itement spécifique intensif contre la kéra- interstitielle. Cela s'explique d'après lui r ce fait que toutes les kératites interstitiel- ne reconnaissent pas la même cause. Il les ise en trois classes ; 1° kératite d'origine ba- le non spécifique, chez un descendant de philitique guéri ; 2° kératite dans une héré- do-syphilis dystrophique ; 3° kératite dans une hérédo-syphilis virulente.

Quoique la syphilis soit en cause dans ces trois catégories, l'action de la diathèse est trop différente pour que le traitement puisse être le même. Pour l'auteur, le traitement spécifique général n'agit que chez les malades de la 3e catégorie ; hérédo-syphilis virulente, très rares d'ailleurs.

Pour les deux autres, il faut prescrire un traitement général reconstituant et un traitement local.

Le traitement local préconisé par l'auteur et qu'il institue d'ailleurs aussi dans la kératite hérédo-syphilitique virulente consiste dans les injections sous-conjonctivales d'huile biiodurée.

H. TRUC. — **Glaucome chronique juvénile.** (*Revue gén. d'opht.*, n° 1, 1904.)

Cas d'une jeune fille de 22 ans atteinte de glaucome chronique double, plus prononcé à droite. En raison de l'effet insuffisant des myotiques, on fait une iridectomie double. Immédiatement après la double opération, les yeux étaient très durs : T + 2, La chambre antérieure ne se reconstitue qu'au bout d'un mois environ. La vision reste stationnaire à gauche, mais continue à diminuer à droite.

Le père et la mère de la malade sont cousins germains. Le père est basedowien.

La malade est myope des deux yeux. L'auteur relate quelques autres cas de glaucome juvénile où tous les patients étaient également myopes.

SCRINI. — **Précis de thérapeutique oculaire ; préface du professeur de** LAPERSONNE ; 340 pages, 31 fig., (Steinheil éd.)

Ce petit livre, bien que concis, enferme un vaste sujet. Malgré sa pauvreté réelle, la thérapeutique oculaire est encore une des plus riches ; et le nombre des agents médicamenteux qu'elle comporte, soit chimiques, soit physiques, locaux ou généraux, déjà considérable, ne fait que s'accroître, grâce aux progrès de la chimie et à la vogue des pratiques physiothérapiques. L'auteur a réussi sans dépasser les limites d'un livre véritablement manuel, à les passer en revue à peu près tous, à étudier les plus importants, et à donner sur les

autres, avec références à l'appui, les indications nécessaires.

A côté de ces chapitres de pharmacologie, ou de pharmacodynamie, l'A. a consacré à l'asepsie, à l'anesthésie, nombre de pages où passe le reflet de l'enseignement de Panas.

Enfin une série de consultations sur des maladies fréquentes vient clore le volume.

Complet, ainsi qu'il l'est, de lecture agréable, cet ouvrage, utile surtout aux élèves en ophtalmologie, pourra intéresser les praticiens curieux des choses de l'oculistique. Il rendra aussi des services au spécialiste lui-même. Sa documentation abondante lui permettra d'offrir facilement des renseignements qu'il eût fallu chercher parfois longtemps dans la collection des périodiques. B. Bourdeaux.

Carlos Fukalá (de New-York). — **La chirurgie ophtalmologique des Arabes** (*fin*). (*Archivos de Ophtalmologia Hispano-Americanos*, avril et mai, 1904.)

Dans les cas d'entropion ils cautérisaient avec un instrument dont l'auteur reproduit le dessin, dans le but de ramener les cils dans leur situation normale. La cautérisation est répétée suivant les besoins et jusqu'à ce que les cils ne touchent plus le globe oculaire. En certains cas, ils firent, sur un espace ellipsoïde de la peau, une application d'un caustique constitué par un mélange de savon et de chaux vive. Le traitement chirurgical de cette affection, appelée *Teshmir* par les Arabes, consistait dans l'excision d'une portion de la peau de la paupière empêchant la paupière de se retourner en dedans.

Albucasis décrit encore les cautérisations ignées pour détruire les dégénérescences pathologiques des paupières ; selon toute apparence, la maladie ainsi traitée est l'épithélioma des paupières.

Le ptérygion est soulevé avec un petit crochet puis on introduit, au voisinage de la cornée, une aiguille armée d'un fil de chanvre ou d'un crin de cheval, on lui imprime des mouvements de scie pour séparer le ptérygion de la cornée et l'on coupe ensuite d'un coup de ciseaux.

Ni les Grecs, ni Galien, ni Oribase ne parlent du *pannus*. Le mérite de la première description de cette affection revient aux Arabes, à Razès : après lui Abulcasis et Avicenne en donnèrent de bonnes descriptions. L'opération qu'ils faisaient pour le pannus correspond assez bien à la péritomie moderne : ils chargeaient les vaisseaux sur des petits crochets et les coupaient à l'aide de ciseaux.

Dr de Micas.

Santos Fernandez. — **Les ophtalmies à l'Ile de Cuba.** (*Suite et fin. Ibid.*)

Ophtalmie purulente. — Les difficultés du diagnostic au début de l'affection, les mesures prophylactiques sont exposées avec le plus grand soin. L'auteur est opposé à l'excision du chémosis périkératique. Le désir d'échapper au service militaire poussait certains conscrits à s'inoculer le pus blennorrhagique pour amener la perte d'un œil.

Sept mille soldats furent déclarés invalides dans une période de 17 ans et réformés, ce qui leur permit de sortir du service militaire.

Ophtalmie purulente des nouveau-nés. — A Cuba, 30 % des aveugles le sont par ophtalmie. Cette affection serait cependant relativement bénigne et l'auteur essaie d'expliquer cette remarque par ce fait que le gonocoque se rencontre presque toujours isolé sans ces associations qui rendent la sécrétion plus virulente.

Le trachome. — A Cuba, les cas de granulations sont moins nombreux que dans les autres parties du globe. Dans la dernière guerre, les cas de granulations augmentèrent.

L'importation des granulations à Cuba date du commencement du siècle dernier.

Quand toutes les armées d'Europe furent contaminées par les troupes de Napoléon, au retour de la campagne d'Egypte, l'armée et les garnisons d'Espagne le furent à leur tour. Caron du Villars, qui visita l'Ile peu de temps après, a noté que ces foyers, qui persistent encore en Europe, s'éteignirent aisément à Cuba non pas à cause des moyens hygiéniques, mais par l'isolement forcé des malades. La résistance relative de la race pour le trachome existe ; cependant cette force de résistance est la même que pour d'autres maladies et l'infection apparaît si on enfreint les lois de l'hygiène ou si on se met dans des conditions propres à la favoriser.

Conjonctivite diphtérique. — La conjonctivite diphtérique, fréquente dans certains pays,

est rare à Cuba ; sur 40.000 malades des yeux, l'auteur ne l'a rencontrée qu'une seule fois avec confirmation bactériologique du diagnostic. Dans deux autres cas, le doute persista, car l'examen microscopique, le seul employé à cette époque, ne fut pas fait. M. Santos Fernandez expose ensuite certaines observations au sujet de l'emploi du sérum antidiphtérique et termine son long article par les indications thérapeutiques regardées comme prophylactiques des maladies passées en revue.

Dr DE MICAS.

Dr BARRAQUER. — **Technique des injections ténoniennes.**

L'auteur se déclare partisan enthousiaste des injections locales. Il préconise le procédé suivant comme infaillible. A 5 mm. de la cornée, au niveau d'un espace intermusculaire, il saisit avec une pince un pli de conjonctive et de capsule de Tenon, le sectionne et aperçoit dans le fond la sclérotique. Par cette plaie, il introduit l'aiguille mousse et courbe de la seringue à injection jusqu'au pôle postérieur. En ayant soin de mettre une pince sur la canule il ne se perd pas une goutte du liquide injecté. Dr DE MICAS,

Dr MENACHO, de Barcelone. — **Contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de l'orbite et du sinus caverneux.**

Les tumeurs sanguines peuvent être soit une collection sanguine extravasée dans les tissus de l'orbite, des *hématomes*, soit des collections sanguines contenues dans l'appareil vasculaire plus ou moins altérées, des *tumeurs vasculaires* proprement *dites*. Ces dernières se divisent en deux groupes, suivant qu'elles siègent dans des vaisseaux déjà existants quoique altérés (angiectasie varicocèle de l'orbite, artériocèle, anévrysmes de l'ophtalmique, de la carotide dans le sinus caverneux, artériosoveineux), ou dans des vaisseaux de nouvelle formation (angiome, lymphangiome).

Angiectasie. — Ce n'est pas à proprement parler un type bien défini, c'est plutôt une forme transitoire.

Varicocèle. — C'est la dilatation du tronc et des branches de la veine ophtalmique. Il en existe une forme avec tumeur et exophtalmie constante et une forme sans tumeur avec exophtalmie passagère.

Artériocèle. — Il consiste dans la dilatation avec propagation plus ou moins étendue de la lésion au tronc et à quelques branches du vaisseau.

Anévrysmes. — L'exophtalmie pulsatile est un symptôme commun à différentes altérations vasculaires de l'orbite, qui apparaît quand le globe oculaire est propulsé en avant par une tumeur et est animé de mouvements rythmiques.

Angiomes. — Ils sont constitués par des vaisseaux de néo-formation développés dans le tissu cellulo-adipeux de l'orbite. Souvent ils coïncident avec des nœvus du sourcil, des paupières, etc.

Lymphangiomes. — Les cas sont rares. Le siège paraît être dans les lymphatiques périvasculaires qui, avec les artères ciliaires postérieures, traversent la sclérotique.

Diagnostic différentiel. — S'il est des cas simples, il en est d'autres beaucoup plus nombreux, où les symptômes prêtent à la confusion et que l'auteur expose avec un grand sens clinique.

Pronostic. — Il est grave pour les tumeurs revêtant la forme d'exophtalmie pulsatile. Les cas d'origine traumatique sont ceux qui, dans les statistiques, donnent les cas les plus favorables.

Traitement. — Dans le varicocèle, l'électrolyse doit être la base du traitement ; si on ne réussit pas, on peut faire la ligature simple ou combinée avec l'extirpation de la varice. Comme méthode générale, l'électrolyse est encore indiquée dans l'artériocèle simple et dans sa forme cirsoïde. Si l'anévrysme de l'artère ophtalmique a pris naissance dans la portion orbitaire la ligature est le procédé de choix, mais si les lésions siègent dans la partie extraorbitaire du vaisseau, on doit recourir au traitement des tumeurs du sinus caverneux. Dans les cas d'exophtalmie pulsatile, l'auteur se prononce contre l'expectation en faveur de la compression digitale ou instrumentale de la carotide primitive, en même temps que des médicaments vasoconstricteurs. Dans les angiomes, caverneux et

diffus l'électrolyse ; dans les lymphangiomes, l'extirpation tout comme dans les néoplasmes malins vasculaires.

Dr DE MICAS.

Dr HERRERA. — **La citogenèse expérimentale et l'ophtalmologie, cellules et tissus artificiels.**

Reprenant les travaux de Traube, Quincke, Bütschli, Moniez, Vogt et Leduc, l'auteur a fait des recherches sur les structures artificielles formées avec des silicates alcalins et divers réactifs et propose une théorie inorganique de la vie qu'il ne donne pas comme un *principe scientifique absolument indiscutable.*

Dr DE MICAS.

Dr Jean GALEZOWSKI. — **Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux.** 1 vol. in-8° avec 3 planches en couleur hors texte, 5 fr. (Félix Alcan, éditeur).

L'auteur expose les rapports étroits qui existent entre l'œil et les centres nerveux. Le nerf optique est un prolongement de la substance cérébrale. Aussi les lésions des centres nerveux, moelle et encéphale, ont-elles très souvent une répercussion sur les nerfs optiques et sur la rétine.

Ce sont ces altérations du nerf optique qu'a étudiées l'auteur ; il a cherché leur fréquence dans les plus importantes des maladies organiques du système nerveux central ; il a décrit leur évolution et leur symptomatologie. Il s'est attaché à donner une description exacte du fond de l'œil dans tous les cas qui peuvent se présenter, et il a voulu montrer les différences qui existent entre les différentes sortes d'atrophies des papilles : atrophie du tabes, de la sclérose en plaques, de la paralysie générale, et atrophies consécutives à une inflammation du nerf optique. De même il a voulu séparer les unes des autres les diverses sortes de névrites ; névrites et périnévrites, de la méningite simple, de la méningite tuberculeuse et de la méningite cérébrospinale, et la stase papillaire, manifestation des compressions intracraniennes. Enfin, il a étudié les troubles du fond de l'œil qui peuvent se produire, rarement il est vrai, dans les névroses.

Quatorze figures en couleur, réunies en trois planches, reproduisent les différents aspects de la papille : atrophies, névrite, stase papillaire.

G. LODATO (Palermo). — **Contribution à la casuistique de la maladie de Erb, particulièrement à l'égard des symptômes oculaires.** (*Contributo alla casuistica della malattia di Erb, con speciale riguardo ai sintomi oculari*). (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 5-6, (nov.-déc. 1903 p. 220 à 272.)

A propos d'un cas typique de syndrome de Erb (myasthénie grave pseudo-paralytique de Jolly) étudié à fond et suivi pendant plusieurs mois, Lodato signale l'origine nettement traumatique de l'affection chez son malade et la symptomatologie oculaire du début. L'asthénie des muscles de la mastication, des muscles du larynx, du thorax, des membres, etc., se déclara lorsque la parésie ou paralysie des différents muscles oculaires (releveur de la paupière, orbiculaire, muscles extrinsèques, syhincter pupillaire et muscle ciliaire) datait déjà de trois mois environ. Tout au début, il n'y avait que ptosis léger, insuffisance de l'orbiculaire, diplopie et nystagmus pendant certaines excursions oculaires, et parésie des muscles intraoculaires, manifestée par la fugacité de la contraction réflexe de la pupille, avec hippus, et par l'asthénopie accommodative.

En discutant son cas, avec beaucoup de détails et des citations qui montrent une connaissance complète de la littérature, Lodato signale l'association possible du syndrome de Erb avec le syndrome de Basedow, plus ou moins complet. Dans ces cas, également, c'est souvent l'oculiste qui est appelé le premier à examiner le malade. La difficulté d'un diagnostic sûr peut être considérable, pendant les premiers temps. La polioencéphalite aiguë, à part les douleurs, vomissements, vertiges, etc., qui la différencient nettement de la maladie de Erb, ne présente pas de ptosis et montre souvent par contre la rigidité pupillaire. Les formes chroniques de polioencéphalite, à évolution très lente, peuvent donner lieu à l'ophtalmoplégie extrinsèque totale, sans ptosis, et à des troubles pupillaires ou

de l'accommodation. Un cas historique de polioencéphalomyélite chronique est celui du poète Heine, qui en succomba au bout d'une vingtaine d'années : la maladie débuta, comme Manthner le décrit, par la mydriase et la paralysie de l'accommodation, plus tard se déclara l'ophtalmoplégie extrinsèque, le ptosis et la participation du trijumeau.

A. Antonelli.

C. Tornabene (Palermo). — **Sur les altérations des processus ciliaires consécutives à la paracenthèse de la chambre antérieure et à des lésions du sympathique cervical.** (*Sulle alterazioni dei processi ciliari consecutive a paracentesi della camera anteriore ed a lesioni del simpatico cervicale*). *Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 7-8 (janv.-fév. 1904) p. 277 à 285.

Les expériences de Tornabene, en pratiquant sur l'œil du lapin soit une seule paracenthèse de la chambre antérieure, soit deux paracenthèses à intervalle de quelques minutes, et en énucléant de suite l'œil pour la fixation et l'examen microscopique, lui ont montré que l'augmentation des traces d'albumine dans l'humeur aqueuse n'est pas strictement liée à la formation des vésicules décrites par Greeff sur les processus ciliaires, à la suite de recherches analogues. En outre, l'excitation ou l'extirpation du ganglion cervical supérieur du sympathique provoquent l'augmentation de l'albumine dans l'humeur aqueuse sans aucune formation de vésicules ; à la suite d'excitation, l'examen microscopique laisse constater une simple réduction de calibre des vaisseaux, tandis qu'à la suite d'extirpation, l'on constate un œdème léger dans le corps ciliaire, dilatation vasculaire, etc.

A. Antonelli.

V. Lentini (Palerme). — **Sur le passage de substances diffusibles, accidentellement contenues dans le plasma sanguin, dans l'humeur aqueuse ; soit pendant le mécanisme vasomoteur physiologique, soit pendant l'altération expérimentale de ce mécanisme, par l'excitation ou la section du sympathique** (*Sul passaggio nell'umor acqueo di sostanje diffusibile accidentalment et contenute nel plasma del sangue, a meccanismo vascolare « integro » e sperimentalment « alterato » col taglio e con l'eccitazione de simpatico*). (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 7-8 janv.-févr. 1904, p. 286 à 403.

Voici les conclusions que Lentini formule d'après ses expériences sur le lapin :

1°) Toutes les substances injectées sous la peau et parvenues dans le plasma sanguin ne sont pas également capables de passer dans l'humeur aqueuse, et la dose et le temps nécessaires pour que ce passage ait lieu sont variables. (L'Aut. a essayé l'iodure de potassium, le ferrocyanure de potassium, la fluorescine, le sublimé, soit isolémement, soit associés.)

2°) Le passage d'une susbtance diffusible n'implique pas la perte de la fonction sélective de la paroi vasculaire à l'égard d'une autre substance qui se trouverait en même temps dans le plasma sanguin.

3°) L'extirpation du ganglion cervical supérieur agit différemment, suivant qu'elle est récente ou datant de plusieurs jours. Dans le premier cas (de 1 à 48 heures après l'opération) l'apparition de la substance diffusible dans l'humeur aqueuse de l'œil du côté opéré a lieu plus rapidement et plus abondamment, dans le second cas (20,30 à 45 jours après l'opération) moins rapidement et moins abondamment.

4°) L'excitation du ganglion cervical provoque un retard dans l'apparition des traces de fluorescine dans l'œil du côté opéré, et ses traces sont minimes.

A. Antonelli.

G. Mobilio (Messina). — **Sur la marginoplastie du Prof. Scimemi dans le traitement de l'entropion et du trychiasis** (*Sulla margino-plastica del Prof. Scimemi nella cura dell'entropion e della trichiasi*). *Archivio di Ottalmolog c.*, vol XI, fasc. 7-8 janv.-février. 1904, p. 303 à 310.

P. R. Pegoraro (Parme). — **Contribution à l'étude du favus palpébral.** (*Contributo allo studio del favo palpebrale*). (*Archivio di Ottalmologia*, vol. XI, fasc. 7-8 janv-février 1904, p. 311 à 322).

D'après un cas personnel et les huit cas

existant dans la littérature ophtalmologique de favus de la paupière. Pégoraro conclut que l'affection est aussi fréquente chez les jeunes sujets que chez les adultes, qu'elle atteint aussi souvent la paupière supérieure que l'inférieure, de préférence la peau délicate de la surface même palpébrale et non pas le bord ciliaire. Par contre, dans les rares cas de trichophytie palpébrale, l'examen microscopique a montré l'affection des cils, malgré la résistance que ces derniers présentent à l'invasion parasitaire, en comparaison des autres poils de l'économie. L'*achorion*, du reste, végète de préférence à la surface des tissus, et si la paupière ne participe pas plus souvent à la teigne faveuse du crâne ou de la face, cela tient probablement à la grande mobilité de la peau palpébrale, chassant facilement les poussières, les spores ou éléments infectieux.

A. Antonelli.

A. Waller. — **Chloroformisation de l'homme.** (*Lancet*, 28 nov. 1903.)

Les recherches de laboratoire, sources de cet article, ont porté sur les animaux servant aux études de physiologie, et répondent en particulier à la campagne antivivisectionniste, ardente en Angleterre. L'auteur a construit avec une valve de Chauveau un appareil qui mesure les quantités d'air et de chloroforme inspirées et expirées. Il est ainsi arrivé à produire et à prolonger sans danger l'anesthésie chloroformique. Il a eu plusieurs occasions d'appliquer sa méthode. La proportion de chloroforme doit être entre 1 et 2 0/0 des gaz inspirés, étant données la température et la pression du mélange. Le procédé empirique qui verse sur une compresse réalise ces conditions, si celle-ci est tenue à une certaine distance du sujet. On comprend l'importance qu'il y avait à posséder une méthode sûre et un appareil mélangeur et doseur de confiance.

Friedlænder et Kempner. — **Réflexe pupillaire hémianopique.** (*Neurologische Centralblatt*, 1904, 1.)

Pour cette étude, Kempner a inventé un instrument simple qui donne un faisceau lumineux filiforme et rectiligne, permettant d'illuminer isolément tel ou tel point de la rétine. Les auteurs rapportent ensuite un cas d'hémiplégie gauche (suite d'ictus) hémianopsie gauche. Les réflexes pupillaires directs et consensuels étaient conservés : le réflexe hémiopique était très net : il s'agissait d'une syphilis cérébrale ayant atteint le tractus opticus droit, l'hypoglosse et le pneumogastrique gauche, avec troubles psychiques. De plus, atrophie optique ; donc le diagnostic probable était : méningite gommeuse de la base. Le réflexe hémiopique n'existe pas dans l'hémiopie de cause centrale. Dans un cas de Rothmann, le réflexe hémiopique existait avec hémiplégie de cause centrale, mais d'une façon passagère.

S. Santucci. — **Contribution aux cas de luxation traumatique de la glande lacrymale** (*Contributo alla casuistica delle lussazioni traumatiche della Glandola lagrimale*). (*Annali di Ottalmologia*, anno XXXII, 1903, fasc. 11 et 12, pages 827 à 837.)

Santucci résume d'après Villard les 6 cas publiés jusqu'à ce jour, de luxations de la glande lacrymale compliquant des plaies de la paupière ; quant aux luxations non accompagnées de plaies, après le cas de Coppez, celui de Santucci serait le deuxième : Une jeune fille de 19 ans présentait, à l'œil droit, un léger ptosis et une tumeur sous-cutanée grosse comme une noisette, assez dure, peu mobile, légèrement bosselée ; la tumeur s'était déclarée 7 ans auparavant, à la suite d'un traumatisme. Le diagnostic d'*ectopie de la glande lacrymale* suite de luxation traumatique étant établi, l'opération fut facile. A l'examen microscopique, la glande montra une infiltration leucocytaire diffuse, modérée, et une certaine hyperplasie du connectif interstitiel.

A. Antonelli.

OCCASION

A VENDRE de suite

MACHINE A ÉCRIRE "YOST"

en très bon état

Net : 275 francs

S'adresser au bureau du Journal.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE CORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.